

## Trabajo de Fin de Grado

# *Estrategias Comunicativas en la Infancia en Situaciones Terapéuticas de Limitación de la Comunicación Oral: Revisión Narrativa.*

---

*Communicative strategies in childhood in therapeutic  
situations of limited oral communication: a narrative  
review*

Grado en Enfermería

Autora: Verónica Rioboó Valle  
Tutora: María Luisa Díaz Martínez  
Facultad de Medicina.  
Universidad Autónoma de Madrid  
Curso 2017-2018







## Resumen

**Introducción:** La comunicación se constituye como uno de los elementos a tener en cuenta por Enfermería. Sin embargo, ésta puede encontrarse mermada por diferentes situaciones terapéuticas, en especial en unidades de cuidados intensivos, que impiden a los pacientes expresar sus demandas. La Comunicación Aumentativa y Alternativa surge para ayudar a paliar los efectos negativos de la privación del habla, aunque para alcanzar su efectividad es necesario un suficiente desarrollo de habilidades comunicativas.

**Metodología:** Tras la aplicación de las estrategias de búsqueda, se encontraron 465 artículos, y se seleccionaron y revisaron 19 artículos obtenidos mediante la búsqueda en bases de datos científicas como PubMed, Cuiden o ScienceDirect, con fecha de publicación entre 2007-2017, en español, inglés y portugués, sin restricción de tipología de artículo.

**Resultados:** Se determina la multiplicidad de herramientas comunicativas existentes, así como su adaptabilidad a cualquier tipo de paciente; las diferencias encontradas en la experimentación de estrategias comunicativas en pacientes críticos pediátricos y adultos; y la importancia del establecimiento de una relación enfermera-paciente efectiva.

**Conclusiones:** Finalmente, se enfatiza la relevancia de la comunicación no verbal y el uso de la metodología existente en la población pediátrica, para evitar la infravaloración de sus necesidades.

**Palabras clave:** Enfermería, Equipos de Comunicación para personas con Discapacidad, Infancia, Barreras de comunicación, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).



## **Abstract**

**Introduction:** The communication is constituted as one of the components to keep in mind by Nursing. However, it can be reduced in different therapeutic situations, especially in intensive care units, which prevent patients from expressing their demands. Augmentative and Alternative Communication rises up to alleviate the negative effects of speech deprivation, although to achieve its effectiveness is necessary communication skills development.

**Methodology:** After applying search strategies, 465 articles were found, and 19 articles were selected by searching scientific databases such as PubMed, Cuiden or ScienceDirect, published among 2007-2017, in Spanish, English and Portuguese, without restriction of type of article.

**Results:** It is determined the multiplicity of existing communication tools, as well as their adaptability to any type of patient; the differences found in the experimentation of communication strategies in critical pediatric and adult patients; and the importance of establishing an effective nurse-patient relationship.

**Conclusions:** Finally, it is emphasized the relevance of non-verbal communication and the use of the existing methodology in the pediatric population, to avoid undervaluing their needs.

**Keywords:** Nursing, Communication Aids for Disabled, Childhood, Communication Barriers, Intensive Care Unit (ICU).





# Índice

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1. La Enfermería y la Comunicación con el Paciente.</b> .....	5
<i>1.1. Bases teóricas.</i> .....	5
<i>1.2. Aplicabilidad y problemática en el binomio teoría-práctica.</i> .....	8
<b>2. Hospitalización.</b> .....	9
<i>2.1. Efectos y consecuencias de la hospitalización en la infancia.</i> .....	9
<i>2.2. Humanización hospitalaria.</i> .....	12
<i>2.2.1. Humanización en la infancia y la adolescencia.</i> .....	13
<i>2.2.2. Humanización en las UCIs.</i> .....	14
<i>2.3. La relación enfermero/a – paciente.</i> .....	15
<b>3. Comunicación con el Paciente Pediátrico.</b> .....	17
<i>3.1. Situaciones de privación del habla.</i> .....	18
<i>3.2. Estrategias de comunicación terapéutica.</i> .....	19
<i>3.2.1. Tipos de CAA.</i> .....	20
<b>4. Protocolización Hospitalaria de la Comunicación.</b> .....	21
<b>5. Justificación y Objetivos.</b> .....	23
<b>METODOLOGÍA</b> .....	25
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	29
<b>1. Existencia, Uso y Beneficios de Estrategias Comunicativas Aumentativas y Alternativas en las UCIs:</b> .....	31
<b>2. Diferencias Encontradas en los Estudios Realizados entre Niños y Adultos:</b> .....	36
<b>3. Establecimiento de una Relación Enfermera – Paciente Efectiva en Situaciones de Privación del Habla y su Importancia:</b> .....	37
<b>CONCLUSIONES</b> .....	41
<b>LIMITACIONES DEL TRABAJO</b> .....	43
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	45
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	47
<b>ANEXOS</b> .....	53
<b>Anexo 1: Ejemplos de Dispositivos de CAA.</b> .....	53
<b>Anexo 2: Algoritmo para la Elección de Métodos de CAA.</b> .....	57
<b>Anexo 3: Tabla-Resumen de los Artículos Seleccionados para su Análisis.</b> .....	59-65



# Índice de figuras y tablas

## **FIGURAS**

Figura 1: Evolución de la Teoría de la Comunicación Humana. ....	2
Figura 2: Ejemplo de Sistemas de CAA. ....	19
Figura 3: Escala Sedación Ramsay. ....	22
Figura 4: Escala Evans. ....	23

## **TABLAS**

Tabla 1: Población Pediátrica de 0-4, 5-9 y 10-14 Años y Porcentaje sobre el Total (0-14 años) en las Comunidades Autónomas y España (año 2010).....	9
Tabla 2: Factores Influyentes de la Hospitalización en Niños y Adolescentes.....	10
Tabla 3: Barreras y Justificación de la Humanización.....	12
Tabla 4: Línea Estratégica: Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos...	14
Tabla 5: Descriptores Utilizados en la Estrategia de Búsqueda.....	25
Tabla 6: Construcciones de Búsqueda Bibliográfica. ....	26
Tabla 7: Número de Artículos Seleccionados Por Cada Base de Datos. ....	28

## INTRODUCCIÓN

La Infancia es la etapa de la vida humana donde se produce el máximo desarrollo biológico, psicológico y social, conformando así a la persona en la que se convertirá.

Desde que nacemos, atravesamos distintos períodos (Atero, 2012) de los que se compone dicha etapa, desde el período neonatal hasta la adolescencia, cada uno caracterizados por una serie de aspectos.

Molina (2010) indica que este ciclo, desde su inicio hasta su finalización, está marcado por cambios y eventos en los que, indudablemente, el marco de vida del niño (factores sociológicos, culturales...) tiene una gran influencia.

Entre las muchas evoluciones que se sufren en este período, cabe destacar el desarrollo de la habilidad innata para la interacción con el entorno, así como la importancia que ésta toma a lo largo de nuestra vida.

Concretamente, al hablar del ámbito del lenguaje y la comunicación, se puede hacer referencia a diversos conceptos interrelacionados, de los cuales es importante establecer una diferencia clara. A lo largo de la historia, varios autores han considerado diferentes definiciones y teorías sobre dichos conceptos, entre ellos:

- Lomonosov (1989) define la **comunicación** como:  
Comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal, o no verbal, interindividual o intergrupar. (p.89)
- Por otro lado, Luria define el **lenguaje** según Ríos (2010): *“Lenguaje es un sistema de códigos con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos”* (p.3).

En relación a lo anterior, Molina también explica que la diferencia entre ambos conceptos, reside en la explicación fisiológica y anatómica del lenguaje, que surge de la decodificación y elaboración de los distintos componentes neurológicos (sentido de la audición, cerebro y corteza cerebral, que desencadenan la orden motriz primaria; y una estructura fonatoria adecuada), teniendo como resultado el **habla** (2010). De esta forma, la comunicación precede a dichos códigos lingüísticos, yendo más allá de la mera interacción entre sujetos según Richards (como se citó en Molina, 2010), dando lugar a la transmisión de un mensaje mutuo, recíproco e intersubjetivo, que no precisa de lo que se denomina “lenguaje adulto o período lingüístico” para transmitir una idea.

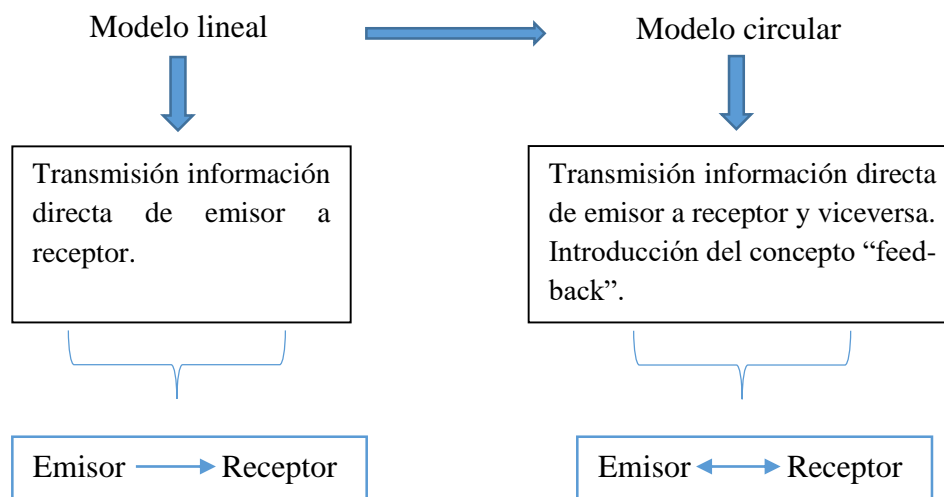
El estudio de la comunicación a lo largo de la historia, tiene su auge desde la primera mitad del siglo XX (Rizo, 2011), por lo que puede considerarse un aspecto investigado recientemente.

## INTRODUCCIÓN

Desde entonces, se han establecido teorías de la comunicación humana desde diferentes perspectivas (matemática, psicológica, social...) y escuelas en las que se formaban los autores que reflexionaron sobre el tema. Rizo también refirió que las aportaciones que se han ofrecido, fueron múltiples y variadas, siendo una posible causa de ello la compleja concepción del término “comunicación” (Rizo, 2011).

La evolución de estas teorías puede resumirse en el traspaso del *modelo lineal* de la comunicación al *modelo circular*, que dio pie a la interpretación de la comunicación desde el punto de vista de la retroalimentación. En relación a este último modelo, según cita Rizo (2011), Yves Winkin (1982) lo consideró como “*el modelo orquestal, de hecho, vuela a ver en la comunicación el fenómeno social que tan bien expresaba el primer sentido de la palabra, tanto en francés como en inglés: la puesta en común, la participación, la comunión*” (p.25).

**Figura 1. Evolución de la teoría de la comunicación humana.**



Fuente: elaboración propia basada en Rizo, 2011.

Añadido a lo anterior, Sánchez hace mención a uno de los autores que dio paso a esta nueva concepción de la comunicación circular, el psicólogo austriaco Paul Watzlawick y sus “Axiomas de la comunicación”, quien definió la comunicación desde un punto de vista plural, es decir, un proceso que no es exclusivo de un solo individuo, sino que surge a partir de la transmisión de información en la interacción entre varios sujetos (2017).

A partir de esto, Watzlawick desarrolló en 1971 la **Teoría de la comunicación humana**. Sánchez (2017) resume los axiomas pertenecientes a esta obra en:

- *Es imposible no comunicar*: considerando la comunicación como un aspecto inseparable de la persona, independientemente de que se realice de forma verbal o de forma no verbal, dando la suma importancia al mensaje transmitido.
- *La comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación (metacomunicación)*: Paul refiere que el contenido de la información que se transmite es importante, pero también lo es la intención y el contexto en el que

## INTRODUCCIÓN

se genera, ya que dependiendo de ello, la interpretación de dicho contenido variará.

- *La puntuación da significado según la persona*: este axioma da lugar a la creencia de que las personas interpretan la información en función de sus experiencias, personalidad, etc., así como de la relación que mantengan con el emisor del mensaje. Por ello, los sujetos actúan como factores influyentes en el proceso de la comunicación y contribuyen de manera distinta al resultado del mismo.
- *La modalidad digital y la analógica*: son las dos modalidades que constituyen la comunicación, haciendo referencia la modalidad digital a las palabras y a la comunicación verbal, mientras que la analógica, comprende los elementos propios de la comunicación no verbal (gestos, expresiones corporales...).
- *La comunicación simétrica y complementaria*: por último, Watzlawick explica que la relación entre los sujetos participantes puede diferenciarse según si existen condiciones de igualdad (relación simétrica, donde el valor de la información transmitida por cada uno es equivalente) o de desigualdad (relación complementaria, donde el poder de la información es mayor en un sujeto que otro, agregando mayor información al del menor poder), sin posibilidad de darse ambas simultáneamente.

Por consiguiente, el objetivo de la comunicación debe ir enfocado al aporte de todos los individuos que interactúan en el proceso, y no centrarse en el rol individual de cada uno de ellos. Se entiende la comunicación según Sánchez, por tanto, como un proceso colectivo y complejo, con multitud y variados aspectos implícitos a tener en cuenta (Sánchez, 2017).

Es importante destacar que el lenguaje está influido tanto por factores intrínsecos (la propia persona, características anatómicas, desarrollo cognitivo...) como extrínsecos (cultura, sociedad, estilos educativos y de cuidado del niño...), pudiendo tener como resultado una variación en la producción y desarrollo del mismo.

No obstante, y en relación a dicho desarrollo, Navarro (2007) determina dos etapas:

- *Período prelingüístico*: abarca desde el nacimiento hasta los 0-10 meses de edad. Durante este período, la persona se comunica a través de un lenguaje no verbal, para dar paso a la siguiente etapa.
- *Período lingüístico*: abarca desde los 10 meses en adelante. Aquí, el lenguaje se desarrolla por completo, iniciándose en los primeros años con palabras y frases simples, para evolucionar a un lenguaje verbal complejo e íntegro.

Otros autores como Saldarriaga, Bravo y Loor, equiparan dichos períodos con algunas de las etapas del desarrollo cognitivo propuestas por Piaget (1969). De esta manera, mencionan a este psicólogo y ubican el período prelingüístico en la fase sensoriomotora, donde el recién nacido se relaciona y conoce el mundo a través de los sentidos; y el

## INTRODUCCIÓN

período lingüístico, en la fase preoperacional, donde el niño ordena de forma lógica y realiza una representación de los objetos en su mente (2016).

Como se ha expuesto anteriormente, la comunicación está compuesta tanto por fenómenos verbales como no verbales. Como se narra en Infogen, es aquí donde residen los pilares del sistema de comunicación de los recién nacidos (2015): dado que no pueden hacer uso del lenguaje verbal, su comunicación con el entorno se reduce a una acción fundamental, el *llanto* (Infogen, 2015). Además, este llanto puede incluso diferenciarse, respecto al tono y duración, en función de la necesidad que quieran expresar, como el hambre o la incomodidad.

Añadido a esto, Algueró (2017) afirma que el recién nacido se ayuda de otros recursos a nivel sensorial por medio de los órganos de los sentidos, en especial *el tacto y el oído*, que son los más precisos y sensibles a estímulos en esta etapa.

Este uso inicial de los sentidos, se conoce, según la especialista Griselda Geuze (2001), citada por Infogen (2015), como **diálogo tónico**, donde el recién nacido presta atención, e incluso reconoce la emoción que las personas transmiten por el tono de voz empleado. Así, van generando un conocimiento del mundo físico que les rodea.

A partir de entonces, según van creciendo, dominan por completo el lenguaje no verbal para empezar a interesarse por el verbal. Según la AEP (Asociación Española de Pediatría), desde los 6 hasta los 24 meses de edad aproximadamente, sufren un proceso de maduración en el desarrollo de la comunicación, apareciendo “**la jerga**”, con la que llevan a cabo la interacción social con los demás. Esta jerga se caracteriza por diversas acciones lingüísticas que el niño va aprendiendo a realizar, tales como balbuceo compuesto por monosílabos, imitación del lenguaje de sus próximos o el reconocimiento de la negación. Finalmente, a los 2 años ya conforman un lenguaje bastante completo por medio de construcciones lingüísticas más complejas, lo que les permite expresar fácilmente sus emociones y manejar su comportamiento.” (2013).

Resumiendo lo visto con anterioridad, independientemente del período en el que se encuentre el niño, existe una comunicación verbal y/o no verbal. Ante esto, Batista, Pereira, Lara y de Mesquita (2014), exponen que el lenguaje verbal puede verse mermado por situaciones específicas (intubación endotraqueal o traqueostomías), surgidas durante la estancia en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), que aíslan o invaden la vía aérea, y por consiguiente, afectan algunas de las funciones derivadas de la misma, como son la fonación y el habla.

## 1. La Enfermería y la Comunicación con el Paciente.

### 1.1. Bases teóricas.

En relación a lo explicado anteriormente, es necesario destacar una disciplina, la Enfermería, que asume un papel importante en la posibilidad de llevar a cabo una comunicación efectiva con los pacientes que se encuentran a su cargo, y en especial en las tesituras mencionadas previamente.

Es cierto que la Enfermería se ha ido conceptualizando y estableciendo desde sus orígenes a través de los modelos y teorías enfermeros, los cuales pretenden definir y determinar las bases sobre las que se asienta la práctica enfermera.

Estos marcos de referencia están compuestos por los modelos realizados por autoras con gran importancia para la disciplina. Éstos se diferencian por el papel que asume la Enfermería a la hora de prestar cuidados, dividiéndolos en:

- **Modelos naturalistas:** estableciéndose como principal representante Florence Nightingale, conocida, entre otros aspectos, por erigirse como una gran administradora de los hospitales, así como por sus estudios sobre matemáticas y estadística. Así, según cita Macho (2017), Florence Nightingale (1854) consideró la necesidad de establecer una serie de medidas higiénicas hospitalarias, con el objetivo de estancar el gran número de muertes que se producían, desarrollando así el *Diagrama de la Rosa*, o también conocido, *Diagrama de Área Polar*.
- **Modelos de suplencia o ayuda:** representados principalmente por Dorothea Orem, quienes definen el rol de la enfermera como una ayuda total o parcial para llevar a cabo los cuidados que el paciente no puede realizar en diversas situaciones.
- **Modelos de interrelación:** siendo sus principales representantes Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Mira Levine. Éstas explican el papel de la enfermera como fomentadora de la adaptación del paciente con el entorno dinámico.

Para dar a entender la importancia de la comunicación en la vida de las personas, para relacionarse tanto consigo mismo como con el exterior, los modelos de suplencia o ayuda son algunos de los que mejor podrían definir este hecho como parte del cuidado proporcionado por los enfermeros (Orihuela, 2018).

Dorothea Orem entiende el estado de salud óptimo como la ejecución de acciones universales o *autocuidados*, definidos como conductas aprendidas y orientadas hacia uno mismo o los demás para mantener la vida, salud y bienestar (1993).

La manifestación de dichas acciones se conoce como requisitos de autocuidado, diferenciando 3 tipos: requisitos de autocuidado universal (entre los que se encuentra la *soledad e interacción social*), del desarrollo y de desviación de la salud (Orem, 1993).



## INTRODUCCIÓN

En relación a ello, Orem considera que en el momento en que la persona no puede hacerse cargo de estos requisitos, surge el *déficit de autocuidado*, de forma que la persona precisa de un *agente de autocuidado*, considerado como aquel individuo que suple de forma parcial o total estas habilidades para satisfacer los requisitos de la persona dependiente de él. En este caso, si este papel lo asume la enfermera, lo puede hacer de 3 formas: total, parcial o mediante apoyo educativo (1993).

Por tanto, según este modelo, y entendiendo la comunicación e interacción social como un requisito de autocuidado, se consideran acciones esenciales para mantener la vida y la salud.

Por otra parte, existen modelos enfermeros que no enfocan su tema central únicamente en la satisfacción de las demandas físicas. Entre ellos destaca el de Jean Watson (1999), quien definió como objetivo de la Enfermería, según Izquierdo (2015), la consecución del equilibrio entre mente, cuerpo y alma, por parte del paciente. Esta consecución se hace posible a través del establecimiento de una relación enfermera-paciente y del producto que genera dicha relación.

En este mismo artículo, se define como concepto clave dentro de esta teoría, la **inteligencia emocional**, la cual hace referencia a la expresión de las emociones, con capacidad para controlar las propias y las de los demás. Se convierte por ello en una herramienta muy útil en las relaciones sociales. De esta forma, Jean Watson (1979) basa su modelo en este hecho, estableciendo **10 factores asistenciales** dentro de la práctica enfermera expuestos por Izquierdo, (2015):

- Los tres primeros factores aluden a la inclusión de valores altruistas en nuestro trabajo, de forma que los enfermeros encuentren satisfacción al prestar ayuda, satisfaciendo a su vez las demandas del paciente.
- El siguiente factor hace referencia a la necesidad de ofrecer un cuidado excelente, logrando el máximo bienestar para el paciente.
- El quinto factor explica la importancia de encontrarse preparado para responder a emociones positivas y negativas.
- En el sexto, se habla sobre el método de resolución de problemas para la toma de decisiones.
- El séptimo factor explica el binomio enseñanza-aprendizaje, destacando la importancia de mantener informado al paciente, para lo que es necesario una actualización constante de conocimientos por parte de los profesionales enfermeros.
- Conocer la influencia del medio interno y externo en la salud, forma parte del octavo factor.
- La priorización del trabajo de enfermería viene dado por el reconocimiento y satisfacción no solo de las demandas físicas, sino también psicosociales, suponiendo esto la premisa del noveno factor.
- Por último, el décimo factor refiere que la excelencia del trabajo enfermero se consigue aunando la capacidad intelectual con habilidades personales como la adaptabilidad, comunicación y relaciones interpersonales.

En otro artículo realizado por Elers y Gibert (2016), se presentan otras teóricas que han especializado sus modelos enfermeros al tener como premisa central la relación enfermera-paciente. Por ejemplo, para Hildegard Peplau, la meta principal de los/as enfermeros/as se fundamenta en la habilidad para identificar las dificultades que presentan los pacientes, de forma que se ofrezcan recursos para solventarlas, y una vez solucionado, el paciente obtiene el aprendizaje de su experiencia con la enfermedad (1952).

Define 4 fases en la relación enfermera-paciente:

- **Orientación:** el paciente pide ayuda para entender su enfermedad y situación, y la enfermera ofrece posibles soluciones a través de la interacción social.
- **Identificación:** el paciente se muestra recíproco con aquellos de los que percibe ayuda.
- **Explotación:** el paciente se aprovecha de la interacción para obtener el máximo beneficio.
- **Resolución:** el paciente satisface las necesidades que presentaba.

Además, en la relación establecida entre enfermera y paciente, la profesional puede adoptar 6 tipos de roles que determinan dicha relación: rol de extraño, de persona recurso, educativo, de líder, de sustituta y de asesora.

Otra de ellas, es Joyce Travelbee (1969), quien explica que el cuidado impartido por los/as enfermeros/as, se consigue llevar a cabo a través de la relación enfermera-paciente. Existen una serie de fases desarrolladas por esta misma enfermera, donde el vínculo entre las dos personas va evolucionando hasta conseguir la máxima compenetración:

- **Encuentro original:** enfermera y paciente se conocen por las primeras impresiones que generan el uno del otro según su rol.
- **Revelación de identidades:** empieza a generarse el vínculo.
- **Empatía:** la enfermera comienza a interesarse por la experiencia y situación de su paciente.
- **Simpatía:** la enfermera se implica personalmente para aliviar la patología de su paciente.
- **Compenetración:** la enfermera lleva a cabo acciones que alivian dicha patología y sufrimiento que genera. El paciente confía en la enfermera. (Elers y Gibert, 2016).

Independientemente del modelo teórico enfermero del que se hable, todos ellos entienden la relación enfermera-paciente como la forma de satisfacción de las necesidades biopsicosociales de los pacientes, y aparece de un modo u otro como requisito para alcanzar la excelencia en el cuidado (Elers y Gibert, 2016; Izquierdo, 2015; Orem, 1993).

### ***1.2. Aplicabilidad y problemática en el binomio teoría-práctica.***

Es por ello que aunque no exista una completa consciencia de la aplicabilidad del marco teórico de la disciplina enfermera, Orihuela defiende actualmente que se siguen teniendo dichas bases teóricas como referencia a la hora llevar a cabo las prácticas y técnicas correspondientes. Esto se refleja, por ejemplo, en el hecho de realizar una valoración enfermera de cada paciente, que pese a que no sea estrictamente la descrita en la teoría, imita el mismo patrón al evaluar a la persona por los distintos ámbitos que lo componen (en función del modelo utilizado: por necesidades, por patrones, por requisitos, etc.) (2018).

Por esta razón, como plantea Orihuela (2018), es necesario afirmar la importancia del contexto teórico enfermero, que además, permite observar a la persona como un ser holístico, y simultáneamente, enfocar la atención en un aspecto específico, como es la comunicación e interacción social.

## 2. Hospitalización.

Una vez vistas las bases sobre las que se fundamenta la Enfermería, es necesario incidir en el papel que sus profesionales asumen durante el trabajo hospitalario, así como la importancia de la relación que establecen con los pacientes en este contexto.

### 2.1. Efectos y consecuencias de la hospitalización en la infancia.

Según el informe de la SEPHO (Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria), plasmado por varios autores, entre ellos Ramos, Montiano, Hernández y J.J. García (2014), y basándose en el censo del INE (Instituto Nacional de Estadística) correspondiente al año 2010, con una cifra de 6.924.393 de población pediátrica en España de 0-14 años, la tasa de ingreso hospitalario pediátrico corresponde a 114,69 ingresos por cada 1000 habitantes, de los cuales 74,96, se realizan en hospitales del SNS (Sistema Nacional de Salud).

**Tabla 1. Población pediátrica de 0-4, 5-9 y 10-14 años y porcentaje sobre el total (0-14 años) en las comunidades autónomas y España (año 2010).**

CC.AA.	Población de 0-4 años	% población de 0-4 años	Población de 5-9 años	% población de 5-9 años	Población de 10-14 años	% población de 10-14 años
Andalucía	483.170	5,86	448.614	5,44	425.983	5,17
Aragón	63.616	4,84	59.587	4,53	55.588	4,23
Asturias	38.948	3,68	37.879	3,58	35.562	3,36
Baleares	61.555	5,69	58.672	5,43	52.723	4,88
Canarias	106.910	5,1	109.520	5,23	104.975	5,01
Cantabria	27.255	4,7	25.207	4,35	22.713	3,92
Castilla y León	102.043	4,08	99.089	3,97	96.652	3,87
Castilla-La Mancha	106.957	5,24	100.330	4,91	100.014	4,9
Cataluña	420.695	5,74	382.376	5,22	340.033	4,64
C. Valenciana	273.939	5,48	255.700	5,12	233.575	4,68
Extremadura	52.451	4,84	51.961	4,8	53.038	4,9
Galicia	110.425	4,03	106.210	3,88	101.770	3,71
Madrid	372.763	5,86	342.749	5,39	291.627	4,58
Murcia	94.518	6,44	86.687	5,91	76.527	5,22
Navarra	33.550	5,4	32.119	5,17	28.904	4,65
País Vasco	101.097	4,72	95.871	4,48	86.268	4,03
La Rioja	16.280	5,17	14.913	4,73	13.842	4,39
Ceuta	5.453	7,23	4.965	6,58	4.447	5,89
Melilla	5.848	7,92	5.434	7,36	4.797	6,49
Total España	2.477.473	5,37	2.317.883	5,03	2.129.037	4,62

Fuente: Recuperado de Asociación Española de Pediatría. Copyright 2013 por la AEP.

Dentro de esta tasa, el rango más propenso a sufrir alteraciones emocionales debido a la hospitalización, se encuentra entre los 4 meses y 6 años de edad (Fernández, 2015). Coincidiendo con el autor anterior, R. García y de la Barra (2005) añaden que cada uno de estos ingresos pediátricos, se caracteriza por una afectación psicológica y emocional debido al alto nivel de estrés al que se someten, al producirse grandes cambios en su vida y su rutina, suponiendo entre un 10-37% de trastornos psicológicos posteriores a la hospitalización.

## INTRODUCCIÓN

Esta importante afectación psicológica viene determinada por una serie de factores que condicionan la experiencia de niños y adolescentes en esta situación. Por ello, valoran la necesidad de tenerlos en cuenta, y mitigar aquellos que supongan una repercusión negativa para los pacientes, con el propósito de ofrecer una atención integral y humanizada a éstos y a su familia (R. García y de la Barra, 2005).

**Tabla 2. Factores influyentes de la hospitalización en niños y adolescentes.**

FACTORES INFLUYENTES DE LA HOSPITALIZACIÓN	
<i>Factores personales</i>	<i>Desarrollo físico/psicológico:</i> edad, sexo, estado cognitivo...
	<i>Antecedentes personales y familiares:</i> hospitalizaciones previas, patologías crónicas, antecedentes psiquiátricos...
	<i>Tipos de reacción ante la enfermedad:</i> conductas demandantes, conductas retraídas o conductas desafiantes.
<i>Factores r/c enfermedad</i>	<i>Naturaleza y características de la enfermedad:</i> aguda, crónica, física, psicológica...
	<i>Consecuencias de la enfermedad:</i> miedo, dolor, tratamientos médicos, procedimientos invasivos o no invasivos, muerte...
	<i>Pronóstico de la enfermedad:</i> leve, moderado, severo.
	<i>Tiempo de hospitalización:</i> a mayor tiempo de hospitalización, mayor repercusión negativa en el paciente.
<i>Factores r/c la familia</i>	<i>Entorno familiar:</i> condiciones físicas y emocionales en las que se desarrolla el niño o adolescente.
	<i>Capacidad de adaptación y estrategias de afrontamiento.</i>
	<i>Hermanos de niños hospitalizados:</i> se ven influenciados, tomando conductas de retraimiento social, ansiedad, demanda de atención o irritabilidad.
<i>Factores r/c el equipo de salud</i>	<i>Habilidades comunicativas:</i> presentarse, comunicación con paciente y familia, información de los procedimientos y evolución, hacer partícipe de los cuidados tanto a pacientes como familiares...
	<i>Sobrecarga de trabajo o estrés:</i> ratio enfermera-paciente elevado, turnos nocturnos, falta de días de descanso...
	<i>Existencia de estrategias:</i> administrativas (organización de planillas de personal), entrenamiento del personal (técnicas, emocional...), ambientales (espacio de trabajo seguro y confortable).
<i>Factores r/c el ambiente hospitalario</i>	<i>Ambiente físico:</i> ruido, material, estructura, decoración, iluminación...
	<i>Personal y espacio desconocidos.</i>
	<i>Ruptura de la rutina:</i> cambio de horarios, actividades diferentes a las cotidianas...
	<i>Implementación de espacio y comodidades para el acompañante:</i> sofá-cama, información de los servicios del hospital (aseos, cafetería)...
	<i>Salas adaptadas a los pacientes:</i> según edad, sala de juegos, biblioteca, sala de películas...
	<i>Preparación de la hospitalización:</i> en ingresos programados es útil que el niño o adolescente se familiarice con el hospital previamente.
	<i>Organización de las visitas:</i> horarios, tipo de acompañante...

Fuente: elaboración propia basada en R. García y De la Barra, (2005).

## INTRODUCCIÓN

En conjunto con la percepción y modificación de dichos factores, con el objetivo de minimizarlos o potenciarlos en función de su efecto negativo o positivo, respectivamente, se puede añadir otro tipo de métodos que ayudan a reducir la ansiedad y frustración originadas por la hospitalización. Dichos métodos vienen presentados también por R. García y de la Barra, entre los que encontramos: intervenciones educativas, juego, arte-terapia, musicoterapia, y el más importante, el trabajo cooperativo entre profesionales pediátricos y psiquiátricos, con el fin de abordar las secuelas psicológicas desde todos los ámbitos (2005).

De esta forma, las consecuencias y efectos negativos surgidas a partir del ingreso hospitalario infantil, pueden verse reducidas o incluso eliminadas. Algunas de estas repercusiones más destacadas y mencionadas por Hernández y Rabadán (2013) son:

- **Deterioro de la autoestima, de la independencia** (en especial de los 3 a los 6 años donde se desarrolla su autonomía, que se ve limitada durante la hospitalización, suponiendo un retraso e impedimento de su desarrollo cognitivo) **con sentimiento de inferioridad**.  
Las causas más comunes que originan estos sentimientos están directamente relacionadas con los factores propios de la hospitalización, entre ellos, el medio y el personal desconocido, la separación de la familia, la incertidumbre sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico; la ruptura de lo cotidiano, etc.
- **Trastornos emocionales** (estrés y ansiedad), que derivan en **manifestaciones conductuales y somáticas** (agresividad, falta de adhesión al tratamiento, trastornos del sueño y del hambre, mutismo, apego excesivo), **cognitivas** (déficit de atención) y **emocionales** (ansiedad, miedo, depresión, anhedonia).

Por todo ello, es necesario proveer al niño o adolescente de estrategias y métodos útiles para el afrontamiento de la hospitalización, obteniendo en la medida de lo posible, un estado tanto físico como emocional óptimo.

## 2.2. Humanización hospitalaria.

Teniendo en cuenta que la Real Academia Española (2018) define humanizar como “*Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo*” (p.1), conlleva reflexionar sobre la relación entre dos de los conceptos que incluye: “*humano*” y “*agradable/bondadoso*”.

A partir de esta definición, se justifica la necesidad de empatizar con el prójimo, y en especial cuando éste es una persona enferma que ve amenazada su dignidad e integridad, de forma que esta vulnerabilidad sea paliada mediante una atención sanitaria humana y de calidad (Consejería de Sanidad, 2016).

El PEHAS (Plan Estratégico de Humanización de la Asistencia Sanitaria) elaborado por la Consejería de Sanidad, considera que esta humanización es necesaria por una serie de motivos resumidos a continuación:

**Tabla 3. Barreras y justificación de la humanización.**

Barreras para la humanización
• Tecnificación y medicalización de la vida.
• Burocratización y privatización de la sanidad.
• Saturación del SNS por exceso de demanda.
• Centralización del poder.
• Falta de entrenamiento del personal en comunicación y relación de ayuda.

Fuente: elaboración propia basada en Consejería de Sanidad, (2016).

No se puede negar que la vida y el ser humano avanzan a gran velocidad, y con ello surgen múltiples innovaciones que tienen el objetivo de hacer más fácil el trabajo y rutina de las personas, como es el caso de la evolución tecnológica. Sin embargo, la Consejería de Sanidad recomienda en el PEHAS, que esto no tiene que servir como precedente para mecanizar las relaciones humanas hasta el punto de destruir aquello que caracteriza al ser humano como tal, siendo estos los sentimientos y las emociones (2016).

Según el Decreto 210/2015, de 29 de septiembre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, se determinan las competencias que se otorgan a la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria, encontrándose entre ellas algunas relacionadas directamente con la mejora de la calidad asistencial en términos de humanización, siendo éstas:

- El fomento de la calidad asistencial en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.
- La evaluación y mejora de la calidad percibida por los ciudadanos.

- La promoción, desarrollo y despliegue de procedimientos que garanticen la comunicación, relación, interlocución y mediación de los ciudadanos con el sistema sanitario.
- La promoción, desarrollo y despliegue de aquellas actuaciones institucionales, que garanticen la humanización de la asistencia sanitaria a través de la personalización de la atención en los diferentes niveles, y a lo largo de todo el proceso asistencial (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid [BOCM], 2017).

De esta forma, los objetivos establecidos en el PEHAS, responden directamente a estas cuestiones, facilitando el cumplimiento de las mismas.

En relación a una de dichas cuestiones y al tema de este trabajo, no se deja al margen la necesidad de promoción de la relación y comunicación entre los pacientes y el sistema sanitario en todos sus ámbitos.

### *2.2.1. Humanización en la infancia y la adolescencia.*

Como base principal que sustenta esta necesidad de humanización en las primeras etapas de la vida, se encuentran la proclamación de dos tipos de derechos, establecidos y recogidos por Unicef (2018) y el Hospital Universitario La Paz (2018), respectivamente:

- *Derechos del Niño*: recogidos en el tratado final de la CDN (Convención sobre los Derechos del Niño), con fecha del 20 de Noviembre de 1989, el cual ha sido legalizado por 195 Estados de todo el mundo. Estos derechos están recogidos en 4 principios: no discriminación, interés superior del niño, derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, y participación.
- *Derechos del Niño Hospitalizado*: recogidos en la Carta Europea de los Niños Hospitalizados, aprobada en 1986 por el Parlamento Europeo. Destacan aquellos que hacen referencia a aportar la información adaptada según su edad y desarrollo, y al trato comprensivo con ellos.

El PEHAS razona la necesidad de establecer este plan en el ámbito de la infancia y la adolescencia por diversos motivos que proclama la Consejería de Sanidad (2016), entre los que se incluyen:

- Diversidad del equipo de atención sanitaria, compuesto por profesionales de toda índole, que requiere un trabajo en equipo para conseguir ofrecer una atención integral al paciente.
- Auge tecnológico, que en ocasiones puede suponer el olvido del paciente como persona, tratándolo como un simple objeto de cuidados y tratamientos. Pese a este gran avance, es necesario compaginarlo con una visión humanitaria para obtener la mayor excelencia en el trabajo.
- La dificultad de las familias en relación a la conciliación laboral o las diferentes condiciones y estructuras familiares que existen actualmente.



## INTRODUCCIÓN

Entre los objetivos que se plantean a partir de estas justificaciones, el PEHAS estableció las actividades correspondientes, de forma que se cubriesen satisfactoriamente las necesidades del niño o adolescente, y de sus familias (Consejería de Sanidad, 2016).

### 2.2.2. Humanización en las UCIs.

La Consejería de Sanidad (2016) también hace referencia a la importancia de la comunicación entre el trinomio profesionales-paciente-familia.

Por un lado, la información transmitida de unos profesionales a otros es vital para la seguridad del paciente, entre otros aspectos. Por otro lado, los pacientes críticos, habitualmente, no se encuentran competentes para recibir información, por lo que se traspasa ese derecho a sus familiares, que en la mayoría de las veces, reciben noticias una vez al día, expresando esta situación como insuficiente para apaciguar sus dudas e intranquilidad.

Sin embargo, el fenómeno fundamental a tener en cuenta, y que contradictoriamente se olvida con mayor frecuencia, es la incapacidad para comunicarse de los pacientes (en intubaciones endotraqueales, traqueostomías, sedoanalgesia, etc.), lo que se ha demostrado como uno de los mayores factores estresantes para ellos. Es por ello que en este plan, se advierte de la necesidad de implantación de métodos aumentativos y alternativos de comunicación (Consejería de Sanidad, 2016).

**Tabla 4. Línea Estratégica: Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos.**

ACTIVIDADES Y EVALUACIÓN					
ACTIVIDADES	REGISTRO ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Objetivo específico 3: Facilitar la información a los pacientes y potenciar el uso de sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación en los casos que lo precisen					
Disposición de sistemas de comunicación no verbal aumentativa/alternativa (tablas alfabéticas, códigos gestuales, imágenes, o preguntas estructuradas con respuesta sí/no, pudiendo incluir nuevas tecnologías como la comunicación a través de la mirada)	Memoria Gerencia hospital	Se dispone de sistemas de comunicación aumentativa/ alternativa	Al menos 1	Anual	Gerencia hospital/ Dirección
	Documento específico	Existe un procedimiento para la comunicación con enfermos con dificultades del lenguaje	Sí		Jefe de Servicio/ Profesional responsable de esta línea
	Registro específico	Nº de enfermos con dificultades del lenguaje en los que se han utilizado sistemas de CAA / Nº de enfermos con dificultades de lenguaje/año	> 80%		

Fuente: Recuperado del Plan Estratégico de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Copyright 2016 por BIG Creativos, S.L.

### 2.3. *La relación enfermero/a – paciente.*

Según lo descrito anteriormente, la comunicación está incluida como uno de los conceptos que marcan el estado de salud y bienestar de las personas, especialmente cuando éstas se encuentran en el contexto hospitalario. No obstante, sigue siendo uno de los aspectos más olvidados en nuestra rutina de trabajo, llegando a caracterizarse la comunicación enfermera-paciente en estudios, como el de Happ et al. (2012), como: efímera, basada en un discurso compuesto por preguntas cuya respuesta se cierra al binomio sí/no, palabras de consuelo y órdenes, e iniciado en la mayoría de las ocasiones por el profesional sanitario.

Sin embargo, se ha demostrado que la relación establecida con los sanitarios encargados del cuidado de los pacientes en el ámbito hospitalario, concretamente enfermeros, toma una gran relevancia en el estado físico y psicológico de los mismos (Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia [OEBE], 2013).

Al igual que en cualquier relación interpersonal cotidiana, los profesionales enfermeros también se valen de los dos tipos de comunicación existentes, verbal y no verbal.

Sin embargo, Ramírez y Müggenburg (2015), refieren en su estudio que existen muchas situaciones en las que el lenguaje verbal puede verse menguado y sustituido por la expresión no verbal (postura, mirada, gesticulación...). De entre éstas, destaca el difícil proceso de adaptación a la enfermedad, que es condicionante a su vez de la dificultad que tiene el paciente para expresarse con el personal; asimismo, la privación del habla por tratamientos terapéuticos también es una situación relevante que origina límites en la comunicación verbal.

Autores como Ramírez y Müggenburg (2015), explican que desde que empezamos a desarrollar relaciones con el entorno, emergen a su vez habilidades sociales que favorecen dichas relaciones. Los profesionales enfermeros deben recalcar y reforzar aún más estas habilidades, obteniendo el máximo beneficio de su relación con el paciente, siendo estas **habilidades**:

- Contacto visual.
- Postura y movimientos corporales, así como la cercanía física con el paciente.
- Expresión facial, como sonreír o mostrar una actitud amable, que ayude al establecimiento de la confianza.
- Uso efectivo del lenguaje verbal y no verbal (Ramírez y Müggenburg, 2015).

No obstante, además de aprender a desarrollar estas habilidades, también se deben tener en cuenta las **barreras** que existen, como las que considera M.C. García (2015) en su trabajo, y que pueden suponer ciertos problemas en el establecimiento del vínculo con el paciente:

- Actitud de superioridad, que supone un gran distanciamiento con el paciente.
- Poner nuestras soluciones por encima de las del paciente.

## *INTRODUCCIÓN*

- Juzgar, criticar o interpretar.
- No dar la suficiente importancia a sus problemas.
- Comparar con otros pacientes o incluso con uno mismo.
- No prestar la suficiente atención o tiempo de trabajo, lo que impide que el paciente tenga intención de expresarse.

Mejía (2016), explica en su estudio innegable cuestión de que la disciplina aún está influida en gran medida, tanto teórica como prácticamente, por el modelo biomédico (basado en la objetividad, predicción y control, ajeno al paciente como persona). Pero este modelo no es factible cuando se habla de las relaciones interpersonales que establecen los enfermeros con los pacientes, que deben sustentarse en la visión holística, humanitaria, individual y autónoma de la persona, de forma que éstas caractericen la disciplina como una ciencia predominantemente social (Mejía, 2016)

### 3. Comunicación con el Paciente Pediátrico

Como se ha observado anteriormente y a nivel general, la comunicación permite a los profesionales sanitarios llevar a cabo las tareas propias de sus competencias. Concretamente, para Batista et al. (2014), dicha comunicación supone para los profesionales enfermeros, conseguir identificar las necesidades de los pacientes, supliéndolas a través de la información sobre procedimientos u otros aspectos de interés, hasta llevar a cabo educación en salud, promoviendo cambios de comportamiento respecto a su manejo terapéutico.

En el ámbito pediátrico, la comunicación asume una gran importancia a la hora de realizar un cuidado íntegro, humanitario y holístico. Esto se debe a que además de las necesidades físicas, también es necesario atender las psicosociales. Para ello, los padres y/o familiares del niño, son un elemento indispensable a tener en cuenta como intermediarios entre el niño y el profesional (*triada de la comunicación paciente – padres – profesionales*), siendo su principal punto de apoyo para ellos, y un objeto de cuidado más para los profesionales sanitarios (Batista et al. 2014).

En el supuesto de que el lenguaje verbal deba ser sustituido por el no verbal, Batista et al., afirman la necesidad de disponer diferentes estrategias comunicativas (tablas, tarjetas, dibujos, etc.) y llevarlas a cabo a partir de un conocimiento base sobre ellas. Además, hay que tener en cuenta que en determinadas edades, el desarrollo del lenguaje todavía no se encuentra totalmente maduro, y por ello, es necesario incidir en otros signos que indiquen las necesidades del paciente, tales como balbuceo, llanto, irritabilidad, etc. (2014)

No obstante, en el estudio de estos autores, pese a todo lo descrito anteriormente, se ha observado que los profesionales sanitarios no perciben con facilidad señales de comunicación no verbales, debido al uso constante y cotidiano del lenguaje verbal (Batista et al. 2014). A raíz de ello, se considera necesaria una formación específica en el ámbito de la comunicación no verbal, primero por ser un aspecto más a tener en cuenta en el cuidado, y segundo, por suponer información relevante para la toma de decisiones clínicas con el equipo sanitario.

### 3.1. *Situaciones de privación del habla.*

Es sabido que la hospitalización lleva consigo cambios y adaptaciones de su vida diaria por parte del que la sufre. Entre ellas, la posibilidad de comunicación habitual. Esta alteración se acentúa aún más cuando los pacientes se encuentran en las primeras etapas de la vida, y en concreto, cuando dicha hospitalización se desarrolla en la UCIP, como mencionaban R. García y de la Barra (2005).

La UCIP se caracteriza por ser una unidad donde se atienden niños y adolescentes menores de 18 años, cuya enfermedad pueda ser causa de compromiso vital o requiera cuidados específicos y continuos. Para ello, se componen de equipos de profesionales sanitarios formados y experimentados en el ámbito del cuidado crítico pediátrico, que hacen posible la atención a este tipo de pacientes (Cardiopedia Marañón, 2017). Muchas de las situaciones patológicas que se pueden encontrar en esta unidad, precisan de técnicas específicas, y en la mayoría de las ocasiones, invasivas y decisivas en la vida de los pacientes.

Estas técnicas se encuentran recogidas en manuales hospitalarios, concretamente en la UCIP del Hospital Universitario 12 de Octubre, y plasmadas por la Consejería de Sanidad (2018), destinados a los profesionales sanitarios, y van dirigidas desde la monitorización invasiva hasta procedimientos para mantener la vida (intubación endotraqueal, canalización de arterias y venas centrales, drenajes...).

Todas estas técnicas suponen emociones y sensaciones negativas, según Guequelin, Fernandes, de Oliveira y Dyniewicz (2014), tanto para el paciente como para sus acompañantes y familiares debido a motivos como la imposibilidad de comunicarse con ellos, sensación de gravedad, miedo o amenaza.

Una de las que más realza estos sentimientos, principalmente por la privación del habla, es la ventilación mecánica (VM), que se define por Chacón (2012) como: *“aquella técnica que sustituye o colabora en la función ventilatoria del paciente, con el objetivo de mejorar la oxigenación y mecánica respiratoria”* (p. 1). Respecto a esta técnica, se diferencian dos variaciones: la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) y la Ventilación Mecánica Invasiva (VMI).

La VMI se diferencia de la VMNI por el uso de instrumentalización a nivel interno del sistema respiratorio del paciente (Chacón, 2012). Por tanto, la VMI se sirve de tubos endotraqueales (orotraqueal o nasotraqueal) y tubos de traqueostomía, los cuales inhabilitan por completo la habilidad lingüística de los que los portan, ya sea por causas secundarias a la intubación, como es la sedoanalgesia, o por la intubación propiamente dicha. Esta última causa, recogida en el estudio de McGrath, Lynch, Wilson, Nicholson y Wallace (2016), se debe a la inflación del balón de neumotaponamiento, que sella dichos tubos en la vía aérea superior para su sujeción, imposibilitando el flujo de aire a través de las cuerdas vocales.

### 3.2. Estrategias de comunicación terapéutica.

Dado que las situaciones de privación del habla tienen como consecuencia multitud de efectos negativos, tanto para el paciente como para sus familiares y profesionales sanitarios a su cargo, es necesario reflexionar sobre la necesidad de estrategias comunicativas que auxilien en estos casos.

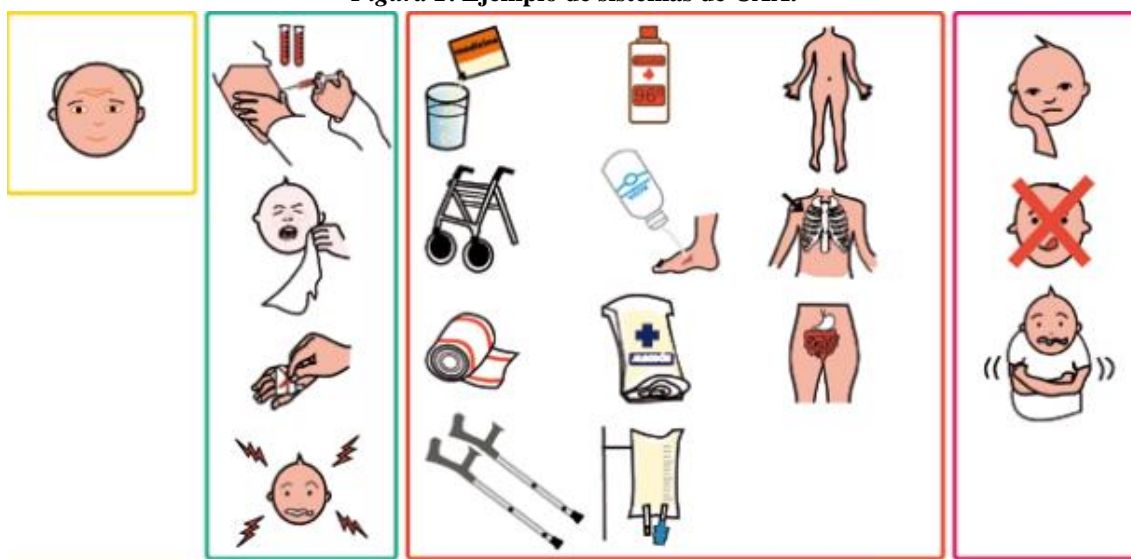
Estas estrategias se encuentran definidas por Alarcón y Serrato como pautas de actuación a llevar a cabo en la interacción con el paciente para suplir la falta de comunicación verbal, y como cualquier otro método, requieren de entrenamiento y desarrollo de habilidades para favorecer el correcto clima terapéutico (2014). Para ello, conforme a lo comentado por Abadín, Delgado y Vigara (2010), se han desarrollado múltiples productos de apoyo (dispositivos tecnológicos, tableros físicos, imágenes y abecedarios...) que fortalecen la autonomía del paciente en situaciones de restricción de su participación en la comunicación verbal.

Según cita Granados (2012) todos estos métodos radican en los principios de la Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA), siendo “*un ámbito interdisciplinar que abarca un extenso conjunto de elaboraciones teóricas, sistemas de signos, ayudas técnicas y estrategias de intervención que se dirigen a sustituir y/o aumentar el habla*” (Peña Casanova, 1994, p. 389).

La definición por separado de los dos conceptos que aúna el constructo de CAA, viene dada por Abadín et al. (2010):

- Los **sistemas aumentativos de comunicación** son un complemento añadido al lenguaje verbal cuando éste se ve restringido para llevar a cabo una comunicación íntegra.
- Los **sistemas alternativos de comunicación** son los que suplen por completo al lenguaje verbal cuando éste sea inexistente temporal o permanentemente.

Figura 2. Ejemplo de sistemas de CAA.



Fuente: extraído de Rivero, M.L., CEAPAT. Copyright 2015.

### 3.2.1. Tipos de CAA.

Los diferentes tipos de CAA se encuentran clasificados en función de diversos ítems. Una primera clasificación viene dada por Belloch (2014), según la alternativa utilizada (pictografía o escritura), a partir de la cual se distinguen los demás dispositivos de CAA que pueden basarse en una u otra:

- *Sistemas pictográficos*: son aquellos que representan el lenguaje mediante aspectos visuales como dibujos, fotos u otras imágenes.
  - Este tipo de sistema es un buen método para pacientes con un nivel de desarrollo del lenguaje y vocabulario simple, como es en el caso de los niños de edades tempranas, pero que disponen de la capacidad para entender el significado de las imágenes.
  - Las imágenes o dibujos pueden reproducir desde acciones y personas, hasta representaciones de emociones y sentimientos.
  - Actualmente existen muchos recursos para acceder a sistemas pictográficos de forma sencilla y rápida, como son el Sistema MIC, la página web Comunicación Aumentativa o Arasaac, que ofrecen múltiples tableros con iconos y dibujos para tener a disposición de los usuarios.
- *Escritura*: la cual permite la comunicación mediante la representación de letras, ya sea utilizando el alfabeto, sílabas o construcciones más complejas.
  - De esta forma, y al contrario que el anterior, este método está más dirigido a pacientes cuya edad se corresponda con el desarrollo de un lenguaje oral y escrito avanzado, que le permita identificar las letras y construcciones de los métodos que las usen (Belloch, 2014).

Belloch (2014) recomienda que, pese a que exista diferencia entre ambos ítems, pueden, e incluso es recomendable, utilizarlos de manera conjunta, suponiendo una mayor facilidad en la comprensión y utilización de los dispositivos por parte de los pacientes (ver Anexo 1).

De igual manera, los tipos de CAA están diferenciados, entre otros autores, por Abadín et al. (2010) en su guía de referencia *Comunicación Aumentativa y Alternativa*. Éstos permiten adecuar y seleccionar el método más efectivo para cada tipo de paciente en función de factores como la edad, desarrollo cognitivo, nivel de conciencia, etc. Estos dispositivos de CAA son los siguientes:

- *Tablero o cuaderno de comunicación*: a su vez pueden dividirse en tableros electrónicos o no electrónicos, aunque el objetivo de ambos es el mismo: ser un cuaderno en el que se ordenan los elementos que utilizamos para comunicarnos (imágenes, alfabeto, etc.).

De esta forma, el paciente puede señalar lo que quiere comunicar, o en caso de incapacidad para realizarlo, el profesional o la otra persona que forme parte de la interacción, puede realizar un barrido por todo el tablero hasta que el paciente señale el que él desea.



- *Comunicador portátil*: este dispositivo sustituye un mensaje transmitido con la propia voz, por una voz sintetizada o grabada. El comunicador dispone de una serie de casillas que guardan mensajes, o un alfabeto que el paciente puede seleccionar, y al igual que el anterior, puede ayudarse de un barrido por parte de la otra persona hasta dar con la casilla deseada.
- *Programa informático*: recogen las dos formas de llevar a cabo la CAA, de forma que representan en una pantalla electrónica imágenes, iconos, mensajes, alfabeto... La ventaja de este dispositivo se basa en el auge tecnológico actual, que permite crear dispositivos electrónicos cada vez más manejables, y poder utilizarlo en cualquier lugar y momento. Algunos ejemplos de estos programas que podemos encontrar en la web, están recogidos en el artículo de Belloch (2014): Plaphoons, SICLA 2.0 o Board Maker.
- *Ratones*: como alternativa a los ratones electrónicos convencionales, los cuales no podrían utilizarse por aquellos pacientes con limitación de la movilidad (debido a la medicación que acompaña a la VM), encontramos ratones de cabeza o controlados por el iris, de forma que el puntero es controlado por el movimiento de otras partes del cuerpo, pudiendo hacer uso de dispositivos electrónicos como los mencionados anteriormente.

A pesar de la existencia de la multitud variada de estrategias y métodos de comunicación aumentativos y alternativos, su uso podría verse incentivado aún más, consiguiendo una mayor efectividad en la interacción con estos pacientes, y por consiguiente, en su cuidado. Por ello, no solo el paciente forma parte del uso de estos dispositivos, sino que la otra persona participante en la comunicación, también debe ser un elemento de ayuda y facilitación en su empleo (Abadín et al. 2010).

#### 4. Protocolización Hospitalaria de la Comunicación.

La búsqueda centrada en encontrar protocolos pertenecientes a hospitales de España, que estuviesen relacionados con el uso de estrategias comunicativas en situaciones terapéuticas de privación del habla, radica en la difícil aproximación a ellos.

Según lo expuesto por la SECIP (Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos), los hospitales más destacados de la Comunidad de Madrid, entre ellos el Hospital Universitario Niño Jesús o el Hospital Universitario Gregorio Marañón, carecen de protocolos específicos para la resolución de problemas que surgen a partir de las limitaciones de la comunicación con los pacientes. Incluso en el Hospital Universitario La Paz, además de no disponer de un repositorio electrónico donde se acceda a los protocolos establecidos, en las unidades pediátricas tampoco disponen de documentos impresos que determinen la comunicación con sus pacientes. En ninguno de los protocolos se menciona la CAA como estrategia de comunicación en casos de intubación endotraqueal o traqueostomía (Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos [SECIP], 2018). No obstante, sí están protocolizadas las técnicas



## INTRODUCCIÓN

que originan dichas limitaciones de la comunicación oral, en referencia al procedimiento, y en especial, a la medicación utilizada para su realización. En relación a ello, y puesto que en la mayoría de estos protocolos hablan sobre la sedoanalgesia (en cuanto a fármacos, dosis, tipos de analgesia y sedación, etc.), es posible encontrar escalas de valoración de la sedación (SECIP, 2018).

Las escalas de valoración de la sedación podrían ser útiles para determinar el estado y nivel de conciencia de los pacientes, y concluir por tanto, la capacidad de la que dispone en esa situación para la comunicación no verbal y el uso de dispositivos de CAA.

En el protocolo *Sedoanalgesia para procedimientos* del hospital Universitario Gregorio Marañón, manifestado por la Consejería de Sanidad, se protocoliza el uso de la escala Ramsay como único método para la valoración de la sedación en pacientes pediátricos (2018).

**Figura 3. Escala Sedación Ramsay.**

ESCALA SEDACION RAMSAY	
■ NIVEL 0:	Agitado. Ansioso. Intranquilo.
■ NIVEL 1:	Tranquilo. Cooperador y despierto. Orientado.
■ NIVEL 2:	Dormido. Abre los ojos con el ruido ambiental
■ NIVEL 3:	Dormido. Abre los ojos si se le llama
■ NIVEL 4:	Dormido. Abre los ojos con estímulos físicos
■ NIVEL 5:	Dormido. No abre los ojos pero se mueve y reacciona con estímulos físicos
■ NIVEL 6:	Inconsciente y sin respuesta
Nivel 0: Ausencia de sedación    Nivel 1 - 3 : Sedación consciente	
Nivel 4 -6 : Sedación profunda	

Fuente: extraído de Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de Consejería de Sanidad.  
Copyright Comunidad de Madrid.

Por tanto, en esta escala existe el resultado de “sedación consciente”, que permitiría el uso de dispositivos de CAA en situaciones de sedoanalgesia durante técnicas de intubación endotraqueal y traqueostomías.

Sin embargo, en el protocolo de sedoanalgesia y relajación, recogido en la Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), la valoración de la sedación del paciente se distingue en función de un factor añadido, la relajación.

- Si el paciente no se encuentra en relajación inducida por medicación, se utilizará la escala Ramsay.
- Si el paciente se encuentra relajado mediante medicación, se utilizará la escala Evans, la cual valora diferentes ítems a la anterior (SECIP, 2013).

Figura 4. Escala Evans.

Escala de Evans (paciente relajado)			
	0	1	2
TA sistólica	<15%	15-30%	>30%
Frecuencia cardíaca	<15%	15-30%	>30%
Sudoración	No	Piel húmeda	Gotas
Lágrimas	No	Ojos húmedos	Refluyen

Valoración: 0-1 no dolor, 2-3 dolor leve, 4-5 dolor moderado, 6-8 dolor intenso.  
Actitud 5: aumentar analgesia; 3-5: valorar; < 3: mantener analgesia

Fuente: extraído de SECIP. Copyright SECIP.com

En el protocolo propuesto por la SECIP, la diferencia entre la escala Ramsay y la escala Evans, es que esta última valora el nivel de sedación desde el punto de vista de que el paciente se encuentra relajado y no puede realizar movimientos activos con su cuerpo, teniendo en cuenta los aspectos que aparecen en la figura. Por ello, sus resultados se centran en identificar el dolor del paciente, siendo indirectamente proporcional al nivel de sedoanalgesia (2013)

A continuación, y tras esta revisión introductoria sobre el tema a abordar, se exponen los motivos por los que se ha decidido llevar a cabo este trabajo, además de los objetivos propuestos.

## 5. Justificación y Objetivos.

El inicio de este trabajo vino dado a partir de las experiencias personales durante las Prácticas Tuteladas realizadas en mi formación universitaria.

Es cierto que la percepción sobre el cuidado de Enfermería ha ido evolucionando a medida que he ido traspasando las diferentes unidades a las que era destinada. No obstante, dicha percepción se ha enriquecido a partir de este último curso, principalmente al rotar por unidades críticas, tanto infantiles como de adultos.

A raíz de ello, he tenido la posibilidad de comprobar cómo la comunicación entre enfermera y paciente es efectiva, pero no toma por completo la importancia que tiene, obteniendo unos resultados en el cuidado que podrían ser aún más beneficiosos, tanto para los pacientes como para los profesionales, si se abarcasen aspectos más específicos como el de la CAA.

Además, a pesar de la existencia de evidencia encontrada a lo largo de este trabajo, los hospitales no han implantado protocolos que sustenten la comunicación con este tipo de pacientes, eludiendo métodos, como la comunicación aumentativa y alternativa, posiblemente efectivos. Esto radica en una de las múltiples causas que hacen necesaria la implantación de un plan de humanización en los cuidados, principalmente en

## INTRODUCCIÓN

unidades de críticos, donde la privación del habla se añade como un factor estresante más, dando lugar a efectos negativos a nivel emocional y fisiológico. En concreto, cuando esto ocurre en el ámbito de los cuidados infantiles, el hecho de que sus familiares no puedan llevar a cabo una comunicación satisfactoria con los niños, supone una brecha en la relación entre ellos, además de la transmisión de sentimientos como estrés emocional, inquietud, agobio... a los familiares.

No es tanta la repercusión en el paciente como la que puede llegar a tener una valoración enfermera incompleta, consecuencia de la falta de información que solo el paciente puede proporcionarnos (dónde le duele, qué necesidades tiene...). Como consecuencia de la inexistencia de la expresión de sentimientos y pensamientos del paciente, los profesionales podrían sobreponer sus valores a los de éste.

Finalmente, considero que incidir en este ámbito tan poco estudiado, especialmente en menores de 18 años, podría ser un aporte más al rol en la investigación, aún recién iniciado.

El **objetivo principal** que emerge a raíz de estos motivos, se basa en identificar la existencia y uso de estrategias de comunicación (CAA) en las unidades donde predominen situaciones de privación del habla (UCIs).

A partir de este objetivo, se considera oportuno incidir en las *diferencias* en los estudios realizados, y la importancia dada al uso de CAA entre UCIs adultas y UCIs pediátricas. Además, es necesario considerar el *entrenamiento ofrecido a los profesionales sanitarios* sobre el uso de estas herramientas comunicativas, así como *determinar* el estado actual del establecimiento de interacciones y *relaciones enfermera-paciente* efectivas.

## METODOLOGÍA

Este trabajo ha sido conformado a través de una búsqueda bibliográfica en diferentes fuentes de información (bases de datos, libros, revistas, etc.), en relación al tema principal de investigación, las estrategias comunicativas a utilizar en situaciones de privación del habla durante la intubación endotraqueal y/o traqueostomías.

Para ello, los pasos llevados a cabo durante dicha búsqueda son:

- I. Revisión en bases de datos, bibliotecas, repositorios, etc., con el suficiente rigor científico fiable: PubMed, CINALH, Cochrane-Plus, Cuiden, ScienceDirect – Journals, BUN UAM, ISOC – Humanidades y Ciencias Sociales, y Scielo.
- II. Los descriptores utilizados en las anteriores bases de datos, diferenciados por tipos y por idiomas, son:

**Tabla 5. Descriptores utilizados en la estrategia de búsqueda.**

DESCRIPTORES			
Lenguaje libre		Lenguaje controlado – Términos DeCS/MeSH	
<i>Español</i> Infancia Estrategias de afrontamiento Estrategias comunicativas Comunicación aumentativa y alternativa Ayuda	<i>Inglés</i> Childhood Coping strategies Communicative strategies Augmentative and alternative Communication Help/Aids	<i>Español</i> Intubación endotraqueal Comunicación Barreras de Comunicación Equipos de comunicación para personas con discapacidad Unidad de Cuidados Intensivos Niño	<i>Inglés</i> Intubation, intratracheal Communication Communication Barriers Communication Aids for Disabled Intensive Care Units Child

Fuente: elaboración propia.

- III. Las construcciones de búsqueda con los descriptores mencionados, se realizaron con el operador booleano “AND” y “OR”, aunque solo se obtuvieron resultados relevantes con el primero, dando lugar a las siguientes estructuras, en español e inglés, utilizadas para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en las bases de datos:

Tabla 6. Construcciones de búsqueda bibliográfica.

CONSTRUCCIONES DE BÚSQUEDA	
Español	Inglés
Intubación AND Endotraqueal AND Comunicación	Intratracheal Intubation AND Communication
Intubación AND Endotraqueal AND Barreras AND Comunicación	Intratracheal Intubation AND Communication Barriers
Intubación AND Endotraqueal AND Comunicación OR Barreras AND Comunicación	Intratracheal Intubation AND Communication OR Communication Barriers
Comunicación AND Aumentativa AND Alternativa	Communication Aids for Disabled AND Intensive Care Units OR Child
Ayuda AND Comunicación AND Intubación AND Endotraqueal	Communication Aids for Disabled AND Child Communication AND Child AND Intensive Care Unit
Ayuda AND Comunicación AND UCI OR Niños	Communication AND Child OR Intensive Care Unit
Comunicación AND Infancia AND UCI	
Comunicación AND Infancia OR UCI	
Estrategias AND Afrontamiento AND Niños	
Comunicación AND Aumentativa AND Alternativa AND Niños	

Fuente: elaboración propia.

IV. A continuación, y una vez elegidos los descriptores y formuladas las construcciones para llevar a cabo la búsqueda, se eligen los siguientes criterios de inclusión – exclusión y/o filtros de búsqueda:

- **Criterios de inclusión:**

- Publicaciones comprendidas entre 2012 y 2018 (últimos 5-6 años) en un primer cribaje; y comprendidas entre 2007 y 2018 (últimos 10-11 años) en un segundo cribaje. Solo en dos ocasiones no se estableció fecha de publicación por pérdida de artículos útiles en caso de utilizar este filtro.
- Idiomas que abarquen español, inglés y portugués.
- Acceso a texto completo u Open Access, salvo en las búsquedas llevadas a cabo en la base de datos PubMed, que a pesar de no conseguir los artículos deseados de forma libre y gratuita, se escogieron artículos de acceso libre que mencionaban y utilizaban en su bibliografía a los primeros; y exceptuando que no se encontrasen artículos únicamente de acceso libre pero sí de pago.

- En concreto para la base ScienceDirect, se utilizó el filtro “health y social and humanities sciences”; y para la base BUN UAM, el filtro “Enfermería”.
  - Artículos de cualquier tipología: revisiones narrativas, investigaciones cualitativas y cuantitativas, casos clínicos, etc.
- **Criterios de exclusión:**
    - Artículos que únicamente pudieran abordarse desde el punto de vista biomédico.
    - Artículos con limitaciones o de dudosa evidencia científica.
- V. Con los pasos anteriores puestos en marcha, y en conjunto de todas las bases de datos utilizadas, se encontraron un total de 466 artículos, de los cuales se realizó una lectura de título y resumen como proceso de selección, para alcanzar finalmente un conjunto de 20 artículos de los que se llevará a cabo un análisis crítico mediante la lectura completa, para la obtención de información relevante.

Especificando los artículos según cada base de datos se encuentra:

- *PubMed*: en la cual se encontraron 42 artículos en total, de los cuales se seleccionaron 5. Dado que cuatro de estos cinco artículos no disponían de un acceso completo a sus textos, se escogió la opción presente en la base de datos “Cited in PMC”. De esta forma, de los 4 artículos, se extrajeron 32 en total, seleccionando 5 a partir de la lectura del título y resumen. Por tanto, y en conjunto, de esta base de datos se utilizan 6 artículos en total.
- *Cuiden*: en la cual se encontraron la gran mayoría de los artículos de interés, en concreto 224 artículos, de los cuales se seleccionaron 4.
- *Cochrane Plus*: a pesar de llevar a cabo una búsqueda exhaustiva y con las construcciones utilizadas en otras bases de datos, el número de documentos extraídos fue escaso, concretamente de 41, de los cuales ninguno resultó ser útil o de interés en relación al tema de trabajo.
- *ISOC – Humanidades y Ciencias sociales*: dada la especificidad de esta base de datos en el ámbito concreto de la Sociología, las construcciones más relacionadas con la disciplina sanitaria no obtuvieron resultado, al contrario que construcciones más enfocadas al ámbito de la comunicación y sus estrategias (CAA). Así, se encontraron 4 documentos en total, siendo 1 de interés.
- *ScienceDirect – Journals*: en este repositorio, la búsqueda dio lugar a 32 artículos, también relacionados principalmente con el área sociológica de la comunicación, eligiendo de todos ellos 1 artículo en concreto.
- *BUN UAM*: en la biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid, se encontraron artículos de especial relevancia para el trabajo, obteniendo un total de 91 artículos, de los cuales fueron elegidos finalmente 8 estudios.

## METODOLOGÍA

- *Scielo*: todos los artículos pertenecientes a esta plataforma, se han conseguido a partir de las otras bases de datos o por búsquedas en Google Académico.

**Tabla 7: Número de artículos seleccionados por cada base de datos.**

	Artículos totales	Artículos finales
PubMed	42 / 32 “Cited in PMC”	6
Cuiden	224	4
Cochrane Plus	41	0
ISOC	4	1
ScienceDirect	32	1
BUN UAM	91	8
Nº Total de artículos	<b>466</b>	<b>20</b>

Fuente: elaboración propia.

- VI. Finalmente, se muestra a continuación el análisis de los resultados, con una discusión de los mismos, dando lugar a las conclusiones más relevantes obtenidas a partir de la elaboración de este trabajo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Finalmente, se han seleccionado 20 artículos a partir de las bases de datos y plataformas digitales mencionadas con anterioridad.

De todos ellos, y teniendo en cuenta el origen de los mismos, predominan por mayoría los estudios realizados en países latinoamericanos y de habla hispana (Achury, Pinilla y Alvarado, 2015; Coronas y Basil, 2013; González, Gueorguieva y Tijerino, 2011; Mejía, 2016; Noreña y Cibanal, 2011; Ramírez y Müggenburg, 2015; Rojas, Bustamante y Dois, 2014). Concretamente, dos de ellos tienen procedencia española, de la región este del país (Coronas y Basil, 2013; Noreña y Cibanal, 2011).

Los siguientes artículos más prevalentes respecto a su lugar de origen, son aquellos originarios de Norteamérica y otros países de habla anglosajona (Crisp, Burke y Cirgin, 2014; Happ et al., 2012; Happ et al., 2014; McGrath et al., 2015; Patak et al., 2010; Tembo, Higgins y Parker, 2015). Natural de Europa, sin incluir a los realizados en España, provienen un número de 3 artículos (Handberg y Voss, 2017; Hoorn, Elbers, Girbes y Tuinman, 2016; Wallander, Gabrielsen, Falch y Stubberud, 2017).

Otros dos estudios comparten habla portuguesa, aunque uno fue realizado en Brasil (Batista et al. 2014), y otro, en Portugal (Martinho y Rodrigues, 2016).

Por último, los dos últimos artículos restantes, proceden de Sudáfrica (Dithole, Thupayagale, Akpor y Moleki, 2017) y de Asia (Otuzoğlu y Karahan, 2014).

Independientemente de la nacionalidad de los estudios, el 65% de estos (13 de 20 artículos), ha utilizado el inglés como idioma preferente para su redacción. El otro porcentaje corresponde a los demás artículos escritos en castellano, salvo el originario de Brasil, que se encuentra en portugués.

Por otra parte, y en cuanto a la tipología que se decidió establecer para estos estudios, la mayor parte de ellos fueron de características cualitativas y, en concreto, estudios descriptivos, siendo 13 y 3 respectivamente.

Únicamente, y establecido como investigación cualitativa, el artículo de Batista et al. (2014) sobre la *Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar*, sigue la línea de investigación enfocado a la descripción de las estrategias comunicativas de CAA. Otra gran parte, (Achury et al., 2015; Dithole et al., 2017; González et al., 2011; Handberg y Voss, 2017; Happ et al., 2012; Happ et al., 2014; Martinho y Rodrigues, 2016; McGrath et al., 2015; Wallander et al., 2017) se encuentran destinados a conocer el estado de conocimiento de los profesionales sanitarios en el uso de la CAA, así como su capacitación en la misma. Todos ellos, obtienen como resultados una alta implicación de los participantes en su uso, con gran receptividad, y numerosos beneficios para el paciente y el personal tras la consecución de una comunicación efectiva.



De forma más específica, la investigación llevada a cabo por Happ et al. (2012), y su consecutiva, Happ et al. (2014), tienen como resultado común en ambas, el éxito en la expresión del dolor y otros síntomas.

El resto de estudios cualitativos fueron destinados a la observación de los factores facilitadores y barreras en el uso de la CAA en casos concretos, como parálisis cerebral o afasia. Asimismo, también se describen los beneficios y ventajas en el establecimiento de una relación productiva entre enfermera y paciente.

Cuatro fueron clasificados como revisiones bibliográficas sobre el estado actual del tema, sacando como conclusión principal en su totalidad, la necesidad de llevar a cabo futuras líneas de investigación, por la escasez de información actualizada, y con muestras poblacionales y lugares de trabajo que aporten mayor variedad a los resultados que se obtienen. Aun así, parece existir una tendencia a demostrar los beneficios que se obtienen a partir de un uso adecuado de estrategias comunicativas como la CAA, y de una relación enfermera-paciente efectiva.

Dos estudios, poseen un enfoque cuantitativo, donde se estudian las consecuencias de desarrollar programas de entrenamiento con herramientas propias de la CAA. Sus numerosos beneficios se discuten más adelante.

Destaca la falta de representatividad de las muestras elegidas por los estudios cuantitativos (ambos cuasiexperimentales), que concluyen la imposibilidad de extrapolar los datos obtenidos, así como la necesidad de disponer de una base más sólida e investigada sobre el tema trabajado.

El último, se define como un manuscrito, donde se defiende el uso de las estrategias comunicativas por parte de los profesionales enfermeros, en la evaluación de las necesidades de comunicación de sus pacientes.

Para finalizar, se pretende enfatizar en que 9 de los 20 artículos elegidos finalmente, van enfocados exclusivamente a los profesionales enfermeros, impresionando una falta de capacitación y habilidad en el uso de estrategias comunicativas avanzadas, a pesar del ímpetu mostrado por ellos. Los 11 artículos restantes, no especifican rol dentro de los profesionales sanitarios a los que se van orientados los estudios.

A continuación, se procede a la discusión de los 20 artículos obtenidos, y en consideración con los objetivos propuestos inicialmente, se establecen tres temáticas, con sus respectivos subtemas: 1) Existencia, uso y beneficios de estrategias comunicativas aumentativas y alternativas en las UCIs; 2) Diferencias encontradas en los estudios realizados entre niños y adultos; y 3) Establecimiento de una relación enfermera – paciente efectiva en situaciones de privación del habla y su importancia.

### 1. Existencia, Uso y Beneficios de Estrategias Comunicativas Aumentativas y Alternativas en las UCIs:

Coronas y Basil (2013) definen la Comunicación Aumentativa y Alternativa CAA como un conjunto de estrategias comunicativas que aumentan o sustituyen el habla o escritura, para aquellas personas que no consiguen una recuperación funcional del habla suficiente, o existe una limitación de la misma. De esta forma, otros autores como Handberg y Voss (2017) añaden que la CAA ayuda a las personas a expresarse con rapidez y especificidad, y en caso de estancia hospitalaria, puede llegar a reducirla. Existen múltiples métodos de intervención de CAA, siendo muy variados entre ellos en cuanto a diferentes variables (tecnología utilizada, elementos que contiene, forma de utilizarlo...). Para facilitar la visualización y elección los mismos, diversos estudios (Coronas y Basil, 2013; Hoorn et al., 2016; McGrath et al., 2016) los han resumido en 4 categorías:

- *Paneles o tablas de comunicación:* incluyen imágenes, escalas como la EVA, cuerpo humano, abecedarios, calendarios, mapas, relojes, etc. En el estudio de Hoorn et al. se evidenció que el uso de estos métodos suponían mayor eficiencia y velocidad de comunicación, disminución de la frustración y una expresión más rápida de los pacientes a sus necesidades.
- *Tubos de traqueostomía inflados:* este método está destinado a pacientes traqueostomizados, y es una técnica denominada *Above Cuff Vocalisation* (ACV) mediante la cual se inyecta aire por encima del manguito que sujeta los tubos de traqueostomía, haciendo que salga por la laringe y se produzca un sonido fonatorio. De esta forma, permite añadir a la CAA un método innovador que sustituya a los demás, como los paneles, que en ocasiones pueden ser imprecisos, costosos, etc. Sin embargo, esta técnica requiere de unas condiciones específicas para obtener resultados (escasas secreciones del paciente, tubos no fenestrados, tiempo suficiente para visualizar el efecto...). Debido a estas limitaciones, es una de las técnicas menos estudiada y practicada.
- *Electrolaringe:* esta estrategia se basa en la transmisión de un sonido eléctrico por la cavidad orofaríngea, al colocar el aparato en el cuello y presionarlo, de forma que el paciente habla mediante la articulación. Debido a que requiere la movilización de la boca de los pacientes, la electrolaringe tiene mayor éxito también en pacientes traqueostomizados que en intubados, pero por lo general, se han obtenido buenos resultados en los estudios.
- *CAA de alta tecnología:* son los primeros métodos pero a nivel informatizado, de forma que incluyen una pantalla táctil con imágenes, letras, etc., que al presionarlas emiten un mensaje pregrabado. No obstante, se acompaña en el 90% de las ocasiones de estrategias comunicativas simples (gestos, movimientos de cabeza, escritura...).

A pesar de la distinción de cada uno de los métodos de CAA, se observa que existe una mayor eficacia en la comunicación cuando los pacientes pueden utilizar varios de estos

métodos simultáneamente, en lugar de uno solo. Esto es lo que se denomina *intervenciones de CAA múltiples* (Hoorn et al. 2016).

En contraposición, estos últimos autores., también establecen la existencia de limitaciones en el uso de estas intervenciones, que radican en la falta de conocimiento y entrenamiento de las mismas, necesidad de evaluación de los métodos, la motricidad y bajo estado sensorial por parte de los pacientes en estado crítico, etc. (Hoorn et al. 2016).

Si se suma el hecho de que la CAA es múltiple y variada, con estas limitaciones nombradas, supone el inconveniente añadido de la elección de cada uno de estos métodos para cada tipo de paciente. Ante esto, Coronas y Basil (2013) defienden la necesidad de tener en cuenta que los dispositivos de CAA deben adaptarse a las características de las personas, y no éstas a ellos, individualizando su uso para obtener el mayor beneficio posible.

Esto es así dado que el uso de la CAA, no es específico únicamente para pacientes críticos intubados, como se muestra en el estudio de Handberg y Voss, (2017), sino también para múltiples trastornos del habla (derrames cerebrales, afasia, enfermedades neurológicas...). A raíz de esta cuestión, Hoorn et al. (2016) fueron varios de los autores en desarrollar un algoritmo que permitía a los profesionales identificar rápidamente la técnica más conveniente para cada paciente (ver anexo 2).

### ***Justificación de la necesidad del uso de CAA:***

La justificación que motiva la necesidad de usar estas estrategias comunicativas emerge a partir de los inconvenientes que aparecen por la limitación de la comunicación oral. Dicha justificación viene dada a partir de Coronas y Basil (2013), y su estudio *Comunicación Aumentativa y Alternativa para personas con afasia.*: en primer lugar, porque la persona con incapacidad para comunicarse verbalmente, tiene riesgo de sufrir un aislamiento progresivo; y en segundo, el uso de la CAA produce el efecto inverso, aumentando su círculo social y generando mayor bienestar en la persona.

Por último, estos autores explican que los dispositivos de CAA no se ciñen únicamente a materiales electrónicos, lo que podría suponer una dificultad en el aprendizaje de su manejo, sino que se adaptan a las necesidades de las personas (edad, patología...). No obstante, pese a su gran utilidad, existe controversia en la opinión de otros autores, considerándolo algunos como un tratamiento paliativo que evita el esfuerzo propio por recuperar el habla. Sin embargo, en la mayoría de los estudios realizados, se considera que no tiene efectos negativos, y que incluso, mejora la rehabilitación del habla. (Coronas y Basil, 2013).

### ***Beneficios del uso de CAA:***

En las UCIs existen multitud de elementos frustrantes para los pacientes (sedoanalgesia, intubación, traqueostomías, etc.) que limitan su capacidad de comunicación oral (Otuzoğlu y Karahan, 2014). Incluso, en un estudio realizado en un hospital de Nueva Gales del Sur, Australia, por Tembo et al. (2015), se determinó que los sentimientos que generan en los pacientes las dificultades de comunicación, suponían soledad, resentimiento, agitación, enojo, etc., que volcaban sobre sí mismos y quienes rodean,

afectando aún más sus relaciones interpersonales. En este mismo estudio, se determinó que el sinónimo por excelencia para expresar la pérdida de la voz, era sentirse prisioneros dentro de su propio cuerpo.

El uso de la CAA puede aliviar la frustración de los pacientes, que con los medios habituales no consiguen expresarse adecuadamente. Además, el hecho de que los profesionales enfermeros no consigan interpretar lo que sus pacientes quieren decir, origina impotencia y culpabilidad, lo que queda reducido también con la utilización de la CAA, según Handberg y Voss (2017).

Por otro lado, otros autores como Otuzoğlu y Karahan (2014), explican que las estrategias comunicativas aumentativas y alternativas, disminuyen la dificultad para comunicarse en un alto porcentaje. Incluso cuando el paciente se encuentra en situación de privación del habla, tiende al uso de una comunicación no verbal insuficiente para alcanzar una comunicación eficaz (gestos, tacto, lápiz y papel, etc.). La CAA, añadida a estos métodos, supone un mejor rendimiento de dicha comunicación.

Finalmente, y en relación a los profesionales de Enfermería, se considera que aquellos que trabajan en unidades de críticos suelen tener poco tiempo y gran carga de trabajo. En contraposición, el uso de los dispositivos de CAA aumenta el ritmo de interacción, y así, ahorra tiempo para la enfermera, que puede dedicar a otras actividades del cuidado (Otuzoğlu y Karahan, 2014).

### *Entrenamiento en habilidades comunicativas y CAA:*

El uso de los dispositivos de CAA es sinónimo de uso de las habilidades comunicativas avanzadas, las cuales son consideradas internacionalmente como uno de los elementos clave dentro de las competencias de las enfermeras de UCI, como se determina en el estudio de Wallander et al. (2017).

A raíz de ello, se han llevado a cabo multitud de estudios para conocer el estado actual del conocimiento y uso de la CAA, así como la capacitación de la misma. No obstante, estos estudios utilizan en la mayoría de las ocasiones, muestras pequeñas y sin grupos de comparación, dificultando la obtención de unas conclusiones claras sobre el uso de la CAA (Happ et al. 2014). Sin embargo, en sus resultados se observa una mejora de los intentos de comunicación, con mayor satisfacción del paciente, pero poco uso cotidiano a largo plazo de las estrategias comunicativas enseñadas. En todos los estudios observados, donde se han tenido en cuenta diversas variables de comparación, se ha determinado que las variables demográficas de pacientes y enfermeras (edad, género, nivel educativo...), y variables clínicas (tipo y tiempo de intubación, complicaciones postoperatorias...), no influyeron en los resultados sobre el uso de la CAA, como refieren Happ et al. (2014), entre otros.

En un estudio realizado en Lisboa, sobre la comunicación con pacientes ventilados en las UCIs, Martinho y Rodrigues (2016), exponen que las dificultades encontradas en la expresión de demandas por parte de los pacientes con limitación terapéutica de la comunicación oral, se hacen visibles a partir de la evaluación de las mismas mediante diversas escalas como la ECS (Escala de facilidad de Comunicación). Esta escala ha

permitido conocer el grado de dificultad en la comunicación de pacientes intubados en UCI, estando directamente relacionado con la expresión de necesidades físicas (aspiración de secreciones, cambio postural...), número de horas intubado y tras extubación. A raíz de esto, en este mismo estudio, se considera necesaria la concienciación sobre el entrenamiento en estrategias comunicativas que permitiesen reducir dichas dificultades, y a su vez, las emociones negativas que generan (Martinho y Rodrigues, 2016).

Los profesionales sanitarios consideran la comunicación como un elemento central del cuidado excelente y del trato digno con el paciente. También suelen aceptar con gran receptividad el entrenamiento en el uso de la CAA cuando esta comunicación se ve deteriorada (Handberg y Voss, 2017). Otros autores como Dithole et al., (2017) concluyen que la aceptación del aprendizaje sobre su uso llega a ser acogida por el 100% de los participantes. Sin embargo, una vez se comienza a realizar la intervención con estos dispositivos, son Handberg y Voss (2017), quienes demuestran un declive en el ímpetu inicial de los profesionales debido a la dificultad encontrada en la implantación de la CAA en la rutina real de trabajo.

Esta dificultad también viene dada por Happ et al. debido a la escasez de soluciones ofrecidas a los profesionales, sin incluir una formación adecuada en CAA para ellos, ni material útil y suficiente que permita su uso autónomo (2014).

En este mismo estudio, se observó que tras el entrenamiento ofrecido a los profesionales enfermeros, hubo una mejora en la comunicación respecto a un mayor número de intentos comunicativos y de clarificación en la interpretación de los mensajes; mayor éxito en la comunicación sobre el dolor, siendo éste el principal motivo de frustración para los pacientes cuando no pueden expresarlo; y por último, en la iniciativa por parte de los enfermeros para involucrarse en la comunicación con sus pacientes (Happ et al. 2014).

Para finalizar, una vez realizada la capacitación de los profesionales, éstos refieren tener la necesidad de compartir el conocimiento adquirido con el resto de sus compañeros y estudiantes de Enfermería, como se muestra en el estudio de Dithole et al. (2017).

#### ***Barreras y facilitadores en el uso de la CAA:***

A continuación, se resumen los inconvenientes y factores facilitadores en el uso de los dispositivos de CAA, que la mayoría de los estudios seleccionados han recalcado:

##### ***Barreras:***

- La formación y entrenamiento específicos en estrategias comunicativas avanzadas, supone tanto un inconveniente como una ventaja. Esto se debe a que pese a los beneficios obtenidos por la capacitación en CAA, ésta es únicamente llevada a cabo durante los estudios universitarios de Enfermería, siendo nula durante la carrera profesional. Por ello, si se llevase a cabo un entrenamiento más profundizado y específico de dichas habilidades, saltando las barreras establecidas en relación a ello, sería más probable la inclusión definitiva de la CAA.

- En relación a lo anterior, según, el 90% de los profesionales sanitarios desconoce incluso el concepto de CAA, y aunque han llevado a cabo intentos de comunicación con niños con privación del habla, la efectividad resulta escasa.
- Los recursos existentes de CAA son muy poco utilizados e infravalorados, e incluso los profesionales asocian este hecho a la barrera anteriormente mencionada.
- Inexistencia de protocolos o directrices que marquen pasos o estrategias a seguir en la comunicación con los pacientes intubados en UCI.
- Necesidad de adaptar cada dispositivo de CAA a la patología y situación clínica de los pacientes, para obtener el mayor beneficio y mejoría en la comunicación con los mismos. Sin embargo, a pesar de que la gran heterogeneidad de estas herramientas pueda suponer un problema por complejidad en la selección de una de ellas, también se han desarrollado algoritmos que faciliten su elección.
- Requiere de materiales específicos, y en ocasiones difíciles en su manejo debido a la tecnología que llevan implantada.
- Falta de especialistas de la comunicación (terapeutas y logopedas) en los hospitales que se dediquen a valorar y actuar respecto a este tipo de dificultades comunicativas y el uso de la CAA.

### *Factores facilitadores:*

- En todos aquellos estudios donde se ha llevado a cabo un entrenamiento en el uso de la CAA, confirman el beneficio que pueden llegar a tener en la interacción enfermera-paciente, así como en la seguridad y satisfacción de este último.
- En relación con lo anterior, se ha demostrado que únicamente con el entrenamiento de los dispositivos de CAA más simples (paneles, alfabeto, etc.), ya se obtiene mejoría en la comunicación con los pacientes intubados.
- Los profesionales sanitarios consideran crucial el apoyo de sus jefes para llevar a cabo el uso de la CAA, pues son quienes pueden facilitar material adecuado y ayudar en la implantación de los dispositivos en las UCIs.
- Existe una alta receptividad y aceptación por parte de los profesionales en relación al aprendizaje del uso de la CAA. En definitiva, quieren saber comunicarse con efectividad en distintas situaciones que se les puedan presentar. (Achury et al., 2015; Coronas y Basil, 2013; Dithole et al., 2017; González et al., 2011; Handberg y Voss, 2017; Hoorn et al., 2016; Otuzoğlu y Karahan, 2014)

Por último, y poniendo un ejemplo en concreto a través del estudio llevado a cabo por Crisp et al. (2014), existe un dispositivo de CAA, el SGD (*Speech-generating Devices*), investigado en uno de los estudios elegidos, donde se establecen las barreras y ventajas específicas sobre su uso en niños con afección de distintas áreas como el lenguaje, escritura, habilidades sociales, etc. Estas barreras y facilitadores se relacionan ambos con el manejo del material, su valor económico y su adaptabilidad en la vida del niño y de su familia. Mientras que una adecuada educación por parte de los profesionales

enfermeros sobre el manejo del aparato, una aceptación adecuada por los otros niños y un costo reducido, suponen ventajas en el uso de este dispositivo, la falta de enseñanza, aceptación y elevado coste dan lugar a un rechazo en el uso del SGD.

## **2. Diferencias Encontradas en los Estudios Realizados entre Niños y Adultos:**

De los 20 artículos elegidos, 9 de ellos utilizan como muestra de población a pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, salvo dos, cuya muestra reside en otras unidades diferentes o se encuentran fuera de la hospitalización. De estos nueve artículos, siete especifican en uno de sus criterios de inclusión, la necesidad de que la muestra solo esté compuesta por pacientes adultos, es decir, a partir de 18 años, incluso a pesar de que la UCI donde se lleva a cabo el estudio, admita tanto pacientes adultos como pediátricos. Por tanto, los dos artículos restantes van dirigidos exclusivamente a población pediátrica.

Por otro lado, los otros 11 artículos, se dividen en aquellos que utilizan como muestra de su estudio a profesionales de Enfermería, para su capacitación en estrategias comunicativas, y en aquellos que no disponen de muestra al tratarse de revisiones narrativas y sistemáticas sobre otros estudios, siendo 7 y 4 respectivamente.

Los siete artículos dirigidos a pacientes adultos, llevan a cabo una investigación acerca de la efectividad del uso de la CAA y otras estrategias con ellos. Las entrevistas realizadas van destinadas a los propios pacientes, cuyas respuestas se miden a través de diversas escalas, como la mencionada anteriormente, la ECS; mientras que de los dos que restan, y cuya población elegida es pediátrica, solo uno entrevista personalmente a los niños, en relación a la interacción con el personal enfermero. El otro, se dirige a los familiares más cercanos, sin contar con una evaluación tan específica con uso de escalas u otras herramientas, como en los anteriores.

No obstante, los 7 artículos centrados en el entrenamiento de los profesionales en el uso de la CAA y comunicación no verbal avanzada, tienen como espacio de trabajo tanto UCIs adultas como pediátricas. En relación a ello, solo dos estudios establecen que la UCI donde se realiza el desarrollo de habilidades comunicativas, o la población que atienden, es pediátrica, y los 5 que restan, sin embargo, no especifican rango de edad de los pacientes atendidos.

Destaca por tanto, la gran diferencia de estudios realizados en este ámbito, en función de la franja de edad establecida en sus muestras (infancia o mediana edad/vejez). Pese a que ambas puedan encontrarse en la misma situación de privación del habla, los estudios se encuentran enfocados en un alto porcentaje a los adultos. En relación a ello, aunque esté demostrado que los niños también puedan ser beneficiarios de estos útiles, los investigadores no centran su atención en los múltiples beneficios que también se podrían conseguir. Sin embargo, sí existen investigaciones donde el uso de la CAA en



niños, se encuentra destinada a situaciones patológicas tales como la parálisis cerebral irreversible (PCI) u otras limitaciones cognitivas que afectan al habla.

El planteamiento que emerge a raíz de estos hallazgos, radica en la permanencia de las antiguas creencias que infravaloran al paciente pediátrico en estado patológico, suponiendo que éste no sufra o no lo haga en el mismo nivel que un adulto, únicamente por no poder expresarlo de la misma manera. Estos mitos que acarrea la sociedad, podrían verse abolidos en el caso de que los niños también fueran objeto de estudio en estos aspectos, y en concreto, en las situaciones terapéuticas de privación del habla mencionadas.

### **3. Establecimiento de una Relación Enfermera – Paciente Efectiva en Situaciones de Privación del Habla y su Importancia:**

La relación que los/as enfermeros/as establecen con los enfermos, puede considerarse desde diversos puntos de vista. No obstante, el elemento común que debe aparecer en todas ellas es una base compuesta por una formación teórica y práctica, que sustenta la capacidad de interacción humana con los pacientes (Mejía, 2016). En el artículo realizado por Ramírez y Müggenburg (2015) se afirma que el binomio formado por el enfermero y sus pacientes, no es más que, al fin y al cabo, una relación dual que tiene establecida una meta, y tanto esta como la forma de alcanzarla, es determinada mutuamente por los dos componentes de esta relación.

De nuevo, Mejía (2016) defiende que una interrelación efectiva entre los enfermeros y sus pacientes, supone alcanzar un grado de bienestar y satisfacción para ambas partes, facilitando su trabajo y su estancia hospitalaria, respectivamente. Es aquí donde radica la importancia de la relación enfermera-paciente, y a su vez, el principal problema cuando los pacientes se encuentran en condiciones de privación del habla, reduciéndose en gran medida dicha efectividad. El hecho de que este aspecto se considere un problema, se debe a la existencia de varios inconvenientes, recogidos en estudios como el de Achury et al. (2015) o Happ et al. (2012):

- Como se ha mencionado anteriormente, en la mayoría de estudios que han investigado sobre los antecedentes y el estado educativo sobre *formación continuada de Enfermería*, han demostrado que los trabajadores no reciben formación adecuada en habilidades comunicativas desde la realización del grado.
- Por otra parte, es innegable que la disciplina aún está influida en gran medida, tanto teórica como prácticamente, por el *modelo biomédico*, basado en la objetividad, predicción y control, ajeno al paciente como persona. Pero este modelo no resulta factible cuando se habla de las relaciones interpersonales que establecen los enfermeros con los pacientes, que deben sustentarse en la visión holística, humanitaria, individual y autónoma de la persona, de forma que éstas caracterizan la disciplina como una ciencia predominantemente social.



- Por último, estas dos dificultades desencadenan una tercera consecuencia, que supone que la *interacción con los profesionales de Enfermería* se defina como breve, reducida a preguntas con respuesta afirmativa o negativa, sin intromisión en la búsqueda de sentimientos y emociones de los pacientes.

Dentro de la relación que el paciente establece con el equipo multidisciplinar, los enfermeros desempeñan un papel clave (Patak et al. 2009). Esto se debe a que es el grupo más cercano al enfermo, teniendo la posibilidad de llevar a cabo una valoración holística, que incluya las necesidades de comunicación del paciente.

En adición a esto, Noreña y Cibanal (2011), explican en su investigación que la relación enfermera-paciente, siendo un paciente pediátrico, toma aún mayor importancia debido a su escasez de recursos y estrategias de afrontamiento que los enfermeros deben suplir y complementar. Se establecen una serie de factores clave a cumplir para que esta relación sea lo más efectiva posible:

- Aumentar la seguridad percibida por el niño.
- Dirigirse a ellos directamente, integrándoles en la comunicación cuando se habla de su estado o procedimientos que se les vayan a realizar.
- Empatizar con su familia.
- Recursos lingüísticos adaptados a cada edad y desarrollo cognitivo, que les ayuden a entender la situación que viven (Noreña y Cibanal, 2011).

Noreña y Cibanal, entre otros, consideran que la importancia de la interrelación con el paciente pediátrico radica en una relación empática y de comprensión, con gran relevancia de la expresión corporal y no verbal. Finalmente, a los niños les resulta fundamental adaptar su contexto hospitalario a su rutina diaria, de forma que el cambio de entorno y actividades no sea percibido como algo extremo (2011).

### ***Comunicación con pacientes en VMI: beneficios, factores favorables y barreras.***

En el artículo ya mencionado y realizado por Batista et al. (2014), se explica que la relación enfermera-paciente toma aún mayor importancia si se trata de un espacio destinado al cuidado de enfermos críticos, que en la mayoría de las ocasiones se encuentran en las mencionadas situaciones terapéuticas de privación del habla.

A raíz de ello, la comunicación no verbal es uno de las habilidades principales a desarrollar en este ámbito, a pesar de que se ha demostrado la dificultad de los profesionales en percibir señales no verbales. Pese al conocimiento del equipo de la importancia de reconocer las necesidades y demandas de los niños, estableciendo así un trato humanitario con los mismos, se determinan varias barreras en el estudio anterior, que impiden la suficiente atención a la comunicación no verbal: insuficiente capacitación de los profesionales, mecanicismo del trabajo de UCIP, ritmo acelerado del trabajo en la unidad, rotación constante de los profesionales, etc. (Batista et al. 2014).

La comunicación debe formar parte como uno de los cuidados habituales a recibir, pero como se ha mencionado anteriormente, puede encontrarse limitada o deteriorada por diversas situaciones o inexperiencia de los profesionales.

Rojas et al. (2014) determinan momentos específicos en los que los profesionales enfermeros establecen la comunicación con los pacientes en situaciones terapéuticas de privación del habla: ingreso del paciente, inicio de turno y, en especial, el aseo de los pacientes en el que gran parte del equipo está centrado en éstos. El hecho de que estos momentos sean aprovechados de manera productiva por los profesionales, mediante el establecimiento de una comunicación efectiva, supone grandes beneficios para ambas partes:

- Aumento de la autonomía del paciente.
- Mejora de su situación clínica.
- Aumento de la confianza y empatía en la interrelación enfermera-paciente.

Estos beneficios proceden de un elemento en común que surge al asentarse la comunicación entre profesional y paciente. Este elemento se basa en la mejoría de la expresión de las necesidades únicas y continuas, que aparecen a raíz del estado crítico de los enfermos, acelerando así su recuperación (Tembo et al. 2015).

Siendo el objetivo el alcance de estas ventajas, Rojas et al. tienen en cuenta una serie de factores facilitadores y barreras, que determinan la metodología y resultados de la comunicación con los pacientes intubados (2014).

Los **factores favorables** en esta comunicación radican en el tipo de relación que se establezca, el entrenamiento sobre habilidades comunicativas, material útil, etc.:

- *Relación empática*: informar a los pacientes aunque se encuentren sedoanalgesiadados, utilizando un tono de voz suave desde la proximidad física. Además, el tiempo dedicado por parte de Enfermería es uno de los factores más influyentes a la hora de conseguir frutos en la comunicación.
- *Estado de alerta de los pacientes*: es el factor más influyente respecto al éxito de los intentos de comunicación.
- *Entrenamiento de los profesionales en CAA*: con un uso adecuado de las estrategias y una disponibilidad suficiente de material necesario.

Por otro lado, las **barreras** que los profesionales deben esquivar son lo contrario a los factores anteriores, constituyendo los siguientes apartados:

- *Contención física de los pacientes*, que en varias ocasiones son utilizadas debido a la desorientación de los mismos, evitando así extracciones involuntarias de los TOT (tubos orotraqueales). Además, esta desorientación supone uno de los factores más influyentes negativamente en la relación enfermera-paciente.
- *Situación clínica desfavorable*, en concreto, la discapacidad física y mental, siendo una de las barreras más identificadas por los usuarios incluidos por otros autores en sus estudios, como por ejemplo, González et al. (2011).
- *Sobrecarga laboral*, siendo habitual en las unidades de críticos, donde la rutina de trabajo es especialmente acelerada.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Por el contrario, la *falta de habilidades comunicativas* impide a los trabajadores desenvolverse adecuadamente en este ámbito.

Por último, Gonzáles et al. señala que incluso los profesionales pueden no ser conscientes por completo de dichas barreras a esquivar, de forma que supondría un inconveniente a la hora de eliminarlas por sí mismos (2011).

A continuación, se muestran las conclusiones obtenidas a partir de las ideas que surgen a través del análisis de los estudios abarcados en esta revisión narrativa.

## CONCLUSIONES

Tras haber realizado el análisis oportuno de los 20 artículos seleccionados, emergen las siguientes conclusiones, que a su vez, responden a los objetivos propuestos inicialmente:

- Partiendo de un conocimiento escaso sobre la existencia de estrategias comunicativas específicas, en pacientes con privación terapéutica del habla, se ha observado que todos aquellos estudios destinados a la investigación de este aspecto, coinciden en que la herramienta principal para dichas estrategias, radica en la CAA.
- En relación con el anterior punto, los artículos que se centran en estudiar la existencia y uso de la CAA, lo hacen en su mayoría, desde la perspectiva de la investigación cualitativa.
- Diferenciando el ámbito de estudio, el 78% de los artículos llevan a cabo dicha investigación en unidades de cuidados intensivos, mientras que el porcentaje restante, utiliza como objeto de estudio, a personas con privación del habla no relacionada con intubación o traqueostomía (por ejemplo, afasia o parálisis cerebral).
- Tras esta revisión, se percibe un escaso número de artículos destinados al ámbito pediátrico, relacionado con el tema de investigación mencionado e independientemente del ámbito donde se realiza el estudio, suponiendo en total un 20% de los trabajos encontrados.
- Todos los estudios destinados a la capacitación de los profesionales sobre el uso de la CAA, coinciden en dos aspectos. Por un lado, en el nulo conocimiento base de los trabajadores en el uso de estrategias comunicativas con pacientes críticos, y por otro, y paradójicamente, en la gran importancia que asume poseer las suficientes habilidades comunicativas avanzadas.
- Por último, de igual manera, el 100% de los artículos que investigan los beneficios del uso de la CAA y de una relación enfermera-paciente efectiva, afirman las numerosas ventajas que se obtienen en el estado físico y emocional de los pacientes, principalmente por la consecución de la expresión de sus necesidades, así como la satisfacción por parte del personal enfermero.
- Como recomendación final, sería fructuoso enfocar futuras líneas de investigación al ámbito pediátrico, en especial en las unidades críticas donde las situaciones terapéuticas de privación del habla son mayormente comunes. De esta forma, no se dejaría de lado a una franja de edad casi obviada, abarcando aspectos que resultarían ser interesantes a nivel de investigación y educación enfermeras.



## LIMITACIONES DEL TRABAJO

Las limitaciones encontradas durante la realización de la revisión narrativa se resumen a continuación:

- Dado que inicialmente, el objetivo de este trabajo estaba destinado a investigar sobre el uso de estrategias comunicativas en población pediátrica, ha sido necesario cambiar el enfoque del estudio, debido a la escasez de material encontrado en relación con el tema inicial. Así, se ha dado una variación en una de las metas de la revisión, centrándose en parte, en comparar las diferencias encontradas en los estudios, respecto a su muestra poblacional utilizada.
- No ha sido posible conocer por completo, la situación actual en España sobre el uso de la CAA, en unidades de cuidados intensivos de los hospitales a nivel nacional. Esto se debe a que un alto porcentaje de los estudios encontrados, han sido realizados a nivel internacional, específicos de la disciplina enfermera, pero en su mayoría procedentes de investigación latinoamericana.



## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres, por formar los pilares de mi vida.*

*A mi tutora, María Luisa Díaz Martínez, por acompañarme en este largo y duro camino, y ser referencia de mi vocación pediátrica.*

*A J. por ser el camino a unos nuevos pasos.*

*A ella, fiel luchadora y hogar de cada día.*

*A él, allá desde donde estés mirando, por ser mi principal motivación en este futuro tan emocionante, e impulso para no rendirme.*

*Que nunca acabe lo que comenzó sin querer.*





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadín, D., Delgado, C. y Vígara, Á. (2010). Comunicación Aumentativa y Alternativa. Guía de referencia. Recuperado de: [http://www.ceapat.es/ceapat\\_01/centro\\_documental/publicaciones/informacion\\_publicacion/index.htm?id=663](http://www.ceapat.es/ceapat_01/centro_documental/publicaciones/informacion_publicacion/index.htm?id=663)
- Achury, D.M., Pinilla, M. y Alvarado, H. (2015). Aspectos que facilitan o interfieren en el proceso comunicativo entre el profesional de enfermería y el paciente en estado crítico. *Invest Educ Enferm*, 33(1), 102-111. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000100012&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000100012&script=sci_arttext&tlng=es)
- Alarcón, L. y Serrato, S.A. (2014). Implementación de una guía de comunicación para los pacientes con ventilación invasiva conscientes en la unidad de cuidado intensivo (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Algueró, M. (2017). Los 5 sentidos y los reflejos del recién nacido. Recuperado de: <https://www.guiainfantil.com/articulos/bebes/recien-nacido/desarrollo-sensorial-y-reflejos-del-recien-nacido/>
- Asociación Española de Pediatría. (2013). Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los 3 años. Recuperado de: <http://enfamilia.aeped.es/lecturas-recomendadas/guia-practica-para-padres-desde-nacimiento-hasta-3>
- Atero, C. (2012). Etapas de la infancia [Entrada en blog]. Recuperado de: <https://fundacionindig.com/etapas-de-la-infancia/>
- Batista, J.C., Pereira, E., Lara, D. y de Mesquita, H. (2014). Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. *Reme (Revista Mineira de Enfermagem)*. 18(1). Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140012>
- Belloch, C. (2014). Las TICs en Logopedia: Audición y Lenguaje. Recuperado de: <https://www.uv.es/bellohc/logopedia/NRTLLogo8.wiki?6>
- Cardiopedia Marañón. (2017). Cardiopedia Marañón Área del corazón infantil. Recuperado de: <https://www.cardiopedhgugm.com/equipo/ucip/>
- Chacón, G.N. (2012). Ventilación mecánica [Entrada en blog]. Recuperado de: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/ventilacion-mecanica.html>
- Consejería de Sanidad. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Recuperado de: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1354603888389&language=es&pagenome=ComunidadMadrid%2FEstructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354603888389&language=es&pagenome=ComunidadMadrid%2FEstructura)
- Consejería de Sanidad. (2018). Protocolo de analgesia, sedación y sedoanalgesia en Urgencias de Pediatría. Recuperado de: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1354301524913&pagenome=HospitalGregorioMarañon%2FPagina%2FHGMA\\_contenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1354301524913&pagenome=HospitalGregorioMarañon%2FPagina%2FHGMA_contenidoFinal)

- Consejería de Sanidad (2018). Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Recuperado de:  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354318509631&language=es&pagina me=Hospital12Octubre%2FPage%2FH12O\\_contenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354318509631&language=es&pagina me=Hospital12Octubre%2FPage%2FH12O_contenidoFinal)
- Coronas, M. y Basil, C. (2013). Comunicación aumentativa y alternativa para personas con afasia. *ELSEVIER*, 33(3), 126-135. Doi: 10.1016/j.rlfa.2012.10.004
- Crisp, C., Burke, C. y Cirgin, M.L. (2014). Barriers and facilitators to children's use of speech-generating devices: a descriptive qualitative study of mothers' perspectives. *Journal for specialists in Pediatric Nursing*, 19(3). Doi: <https://doi.org/10.1111/jspn.12074>
- Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, BOCM núm. 185 § 4 (2015).
- Dithole, K.S., Thupayagale, G., Akpor, O.A. y Moleki, M.M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective Communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(74). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Elers, Y. y Gibert, M.P. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76513>
- Fernández, Z. (2015). Humanizar la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: la implicación de los padres en los cuidados. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Cantabria, Cantabria.
- García, M.C. (2015). Las principales barreras a tener en cuenta en la comunicación con el paciente. Recuperado de: <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/22292>
- García, R. y De la Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 16(4). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hospitalizacion-ninos-adolescentes-X071686400532053X>
- González, S., Gueorguieva, R. y Tijerino, P. (2011). Capacitación sobre estrategias de comunicación alternativa y aumentativa para la atención de niños con parálisis cerebral infantil. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (21), 1-10. Doi: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i21.3657>
- Granados, R. (2012). Procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa-alternativa para pacientes intubados en UCI (Tesis doctoral. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia). Recuperado de: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/handle/10818/31232?show=full>
- Guequelin, J., Fernandes, K.F., de Oliveira, G.P. y Dyniewicz, A.M. (2014). Percepção de acompanhantes sobre a criança Intubada em uti pediátrica. *Cogitare Enfermagem*, 19(3), 1-8. Doi: 10.5380/ce.v19i3.33434
- Handberg, C. y Voss, A.K. (2017). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *JCN Journal of Clinical Nursing*, (27), 102-114. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>

- Happ, M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., DiVirgilio, D., Houze, M.P., Demirci, J.R., George, E y Sereika, S.M. (2012). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *AJCC American Journal of Critical Care*, 20(2), 28-40. Doi: 10.4037/ajcc2011433.
- Happ, M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., DiVirgilio, D., Houze, M.P., Demirci, J.R., George, E y Sereika, S.M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung*, 43(2), 89-98. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.010>
- Hernández Pérez, E., y Rabadán Rubio, J. (2013). La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. *Perspectiva Educacional, Formación de Profesores*. 52(1), pp. 167-181. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3333/333328169008/>
- Hoorn, S., Elbers, P.W., Girbes, A.R. y Tuinman, P.R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, (20), 333. Doi: 10.1186/s13054-016-1483-2
- Hospital Universitario La Paz (2018). Derechos del Niño Hospitalizado. Recuperado de: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142400305990&language=es&pageid=1142399374814&pagename=HospitalLaPaz%2FHOSP\\_Contenido\\_FA%2FHPAZ\\_generico](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142400305990&language=es&pageid=1142399374814&pagename=HospitalLaPaz%2FHOSP_Contenido_FA%2FHPAZ_generico)
- Infogen. (2015). Comunicación con el recién nacido. Recuperado de: <http://infogen.org.mx/comunicacion-con-el-recien-nacido/>
- Izquierdo, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64108>
- Lomonosov, B.F., (1989). El problema de la comunicación en psicología (p.89). La Habana: Ciencias Sociales La Habana.
- Macho, M. (2017). Matemáticas para entender los fenómenos sociales: los trabajos pioneros de Florence Nightingale. *Pensamiento Matemático*, 7(1), 93-105. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6000066>
- Martinho, C.I. y Rodrigues, I.T. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care Units. *RBTI Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2), 132-140. Doi: 10.5935/0103-507X.20160027
- McGrath, B., Lynch, J., Wilson, M., Nicholson, L. y Wallace, S. (2016). Above cuff vocalization: A novel technique for communication in the ventilator-dependent tracheostomy patient. *Journal of the Intensive Care Society*, 17(1), 19-26. Doi: 10.1177/1751143715607549
- Mejía, M.E. (Oct 2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de Enfermería*, 15(54). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000200010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010)
- Molina, M. (2010). Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación. Recuperado de: [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/12\\_trastornos\\_desarrollo\\_lenguaje\\_comunicacion.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/12_trastornos_desarrollo_lenguaje_comunicacion.pdf)

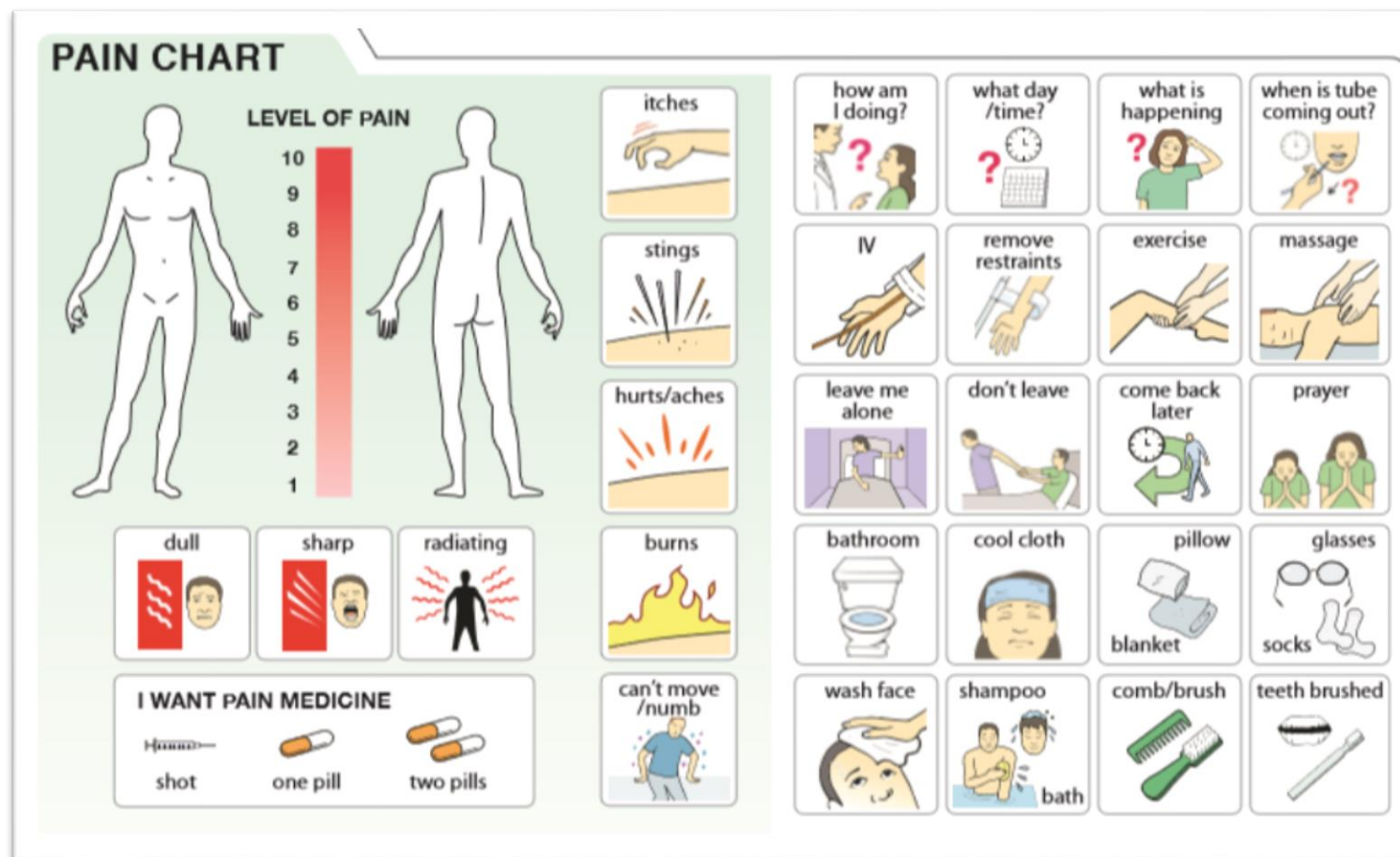
- Navarro, M. (2007). Adquisición del lenguaje: orden de adquisición de las consonantes en la lengua española. Cauce: *Revista de filología y su didáctica*, (30), 297-336. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2505567>
- Noreña, A.L. y Cibanal, L. (2011). The experience of hospitalized children regarding their Interactions with nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021>
- OEBE. (2013). La importancia de la comunicación entre Enfermería y el paciente oncológico terminal. [Entrada en blog]. Recuperado de: [http://www.index-f.com/blog\\_oebe/?p=864](http://www.index-f.com/blog_oebe/?p=864)
- Orem, D. y Luis Rodrigo, M. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona [etc.: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Orihuela, M. (2018). Teorías y modelos de Enfermería [Entrada en blog]. Recuperado de: <http://cicatnet.com/web/2015/06/15/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>
- Otuzoğlu, M. y Karahan, A. (2014). Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 20(5), 490-498. Doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12190>
- Patak, L., Wilson-Stronks, A., Costello, J., Kleinpell, R.M., Henneman, E.A., Person, C. y Happ, M.B. (2009). Improving Patient-Provider Communication: A Call to Action. *JONA The Journal of Nursing Administration*, 39(9), 372-376. Doi: 10.1097/NNA.0b013e3181b414ca
- Ramos, J.M., Montiano, J.I., Hernández, R. y García, J.J. (2014). Situación de la pediatría hospitalaria en España: informe de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO). *Anales de Pediatría*, 81(5), pp. 326.e1-326.e8. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.01.006>
- Ramírez, P. y Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134-143. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- Real Academia Española (2018). Humanizar. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>
- Rizo, M. (2011). Reseña de “Teoría de la comunicación humana” de Paul Watzlawick. *Razón y palabra*, 16(75). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199518706028>
- Rojas, N.P, Bustamante, C.R. y Dois, A. (2014). Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan*, 14(2), 184-195. Doi: 10.5294/aqui.2014.14.2.6
- Ríos, I. (2010). El lenguaje: herramienta de reconstrucción del pensamiento. *Razón y palabra*, 15(72). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199514906041>
- SECIP. (2013). Protocolo sedoanalgesia relajación. Recuperado de: <https://www.secip.com/publicaciones-relacionadas/protocolos/category/56-sedo-analgesia-y-relajacion-sedo-analgesia-y-relajacion>
- SECIP. (2018). Protocolos. Recuperado de: <https://www.secip.com/publicaciones-relacionadas/protocolos>

- Saldarriaga, P., Bravo, G. y Loor, M. (2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de las Ciencias*, 2(3), 127-137. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5802932>
- Sánchez, G. (2017). Paul Watzlawick y la teoría de la comunicación humana [Entrada en un blog]. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/paul-watzlawick-y-la-teoria-de-la-comunicacion-humana/>
- Tembo, A.C., Higgins, I. y Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 171-178. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004>
- Unicef. (2018). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>
- Unicef. (2018). Derechos de los Niños. Recuperado de: <https://www.unicef.es/causas/derechos-infancia>
- Wallander, M.M., Gabrielsen, A.K., Falch, A.L. y Stubberud, D.G. (2017). Intensive care nursing students' perceptions of simulation for learning confirming communication skills: A descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 97-104. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.005>



## ANEXOS

### Anexo 1: Ejemplos de Dispositivos de CAA.



Fuente: extraído de < Illustration of picture board back > de Patak et al., *PubMed*. Copyright Children's Hospital Boston 2008.



# PAIN CHART

THIS BOARD BELONGS TO:

(Place Label Here)

● LEVEL OF PAIN

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

Worst

Severe

Moderate

Slight

None

● THIS PART

(Of My Body)

☐ Itches

☐ Stings

☐ Hurts

☐ Cramps

☐ Can't Move

☐ Is Numb

☐ Aches

☐ Burns

☐ Is Tender

● THE PAIN IS

☐ Constant

☐ Intermittent

☐ Radiating

☐ Throbbing

☐ Dull/Aching

☐ Sharp

I WANT

Pain Medicine

MEMO:

● PLAN OF CARE:

☐ YES ☐ NO ☐ Please Explain ☐ I Need Reassurance

☐ Where ☐ When ☐ What ☐ Stop ☐ What Is The Plan? ☐ When Can

☐ How ☐ Why ☐ Who ☐ Continue ☐ How Am I Doing? ☐ I Go Home?

Fuente: extraído de < Illustration English language picture board back > de Patak et al., *PubMed*. Copyright Children's Hospital Boston 2008.

**● I AM**

short of breath 	in pain 	choking 	feeling sick 
hungry/thirsty 	cold/hot 	tired 	dizzy 
angry 	afraid 	frustrated 	sad 

**● I WANT**

to be suctioned 	lip moistened 	water 	to be comforted 	to sleep 
tv/video/dvd 	call light /remote 	it quiet 	lights off/on 	to go home 
to sit up 	to lie down 	to turn left/right 	head of bed up/down 	get out of bed 

**● I WANT TO SEE**

doctor 	nurse 	family 	chaplain 
--	---	--	--

no yes STOP pen/paper

A B C D E F G H I	1 2 3	Thank You I Love You 
J K L M N O P Q R	4 5 6	
S T U V W X Y Z .	7 8 9	
' , ? ! SPACE	+ 0 -	

For infection control purposes, please do not reuse this board between patients.

VIDATAK  
EZ BOARD

Fuente: extraído de < Illustration of picture board front > de Patak et al., *PubMed*. Copyright Children's Hospital Boston 2008.

CE-000000-01-VIDATAK  
 AN INDUSTRY IN PATIENT COMMUNICATION

### ● I AM

<input type="radio"/> Short Of Breath	<input type="radio"/> Gagging
<input type="radio"/> Frustrated	<input type="radio"/> In Pain
<input type="radio"/> Nauseous	<input type="radio"/> Light-Headed
<input type="radio"/> Anxious	<input type="radio"/> Afraid
<input type="radio"/> Disappointed	<input type="radio"/> Lonely
<input type="radio"/> Tired	<input type="radio"/> Angry
<input type="radio"/> Drowsy	<input type="radio"/> Wet
<input type="radio"/> Better	<input type="radio"/> Worse
<input type="radio"/> Thirsty	<input type="radio"/> Hungry
<input type="radio"/> Hot	<input type="radio"/> Cold
<input type="radio"/> Unsure (Of What Is Happening)	

### ● I WANT

<input type="radio"/> Suctioned	<input type="radio"/> More Control	<input type="radio"/> To Be Comforted
<input type="radio"/> To Sit Up	<input type="radio"/> To Lie Down	<input type="radio"/> Prayer
<input type="radio"/> Water	<input type="radio"/> Ice	<input type="radio"/> Exercise
<input type="radio"/> Bath	<input type="radio"/> Shampoo	<input type="radio"/> Lotion
<input type="radio"/> Eyeglasses	<input type="radio"/> Hairbrush	<input type="radio"/> Massage
<input type="radio"/> Socks	<input type="radio"/> Urinal	<input type="radio"/> Bedpan
<input type="radio"/> Make A Call	<input type="radio"/> Call Light,TV	<input type="radio"/> Pillow
<input type="radio"/> To Turn Right	<input type="radio"/> To Turn Left	<input type="radio"/> Lights On
<input type="radio"/> Lights Off	<input type="radio"/> Lights Dim	<input type="radio"/> Blanket
<input type="radio"/> It Quiet	<input type="radio"/> To Sleep	<input type="radio"/> To Rest

---

### ● I WANT TO SEE

<input type="radio"/> Doctor	<input type="radio"/> Chaplain	<input type="radio"/> Assistant
<input type="radio"/> Nurse	<input type="radio"/> Social Worker	<input type="radio"/> My Family
<input type="radio"/> Respiratory Therapist	<input type="radio"/> Physical Therapist	

### ● I WANT TO CLEAN

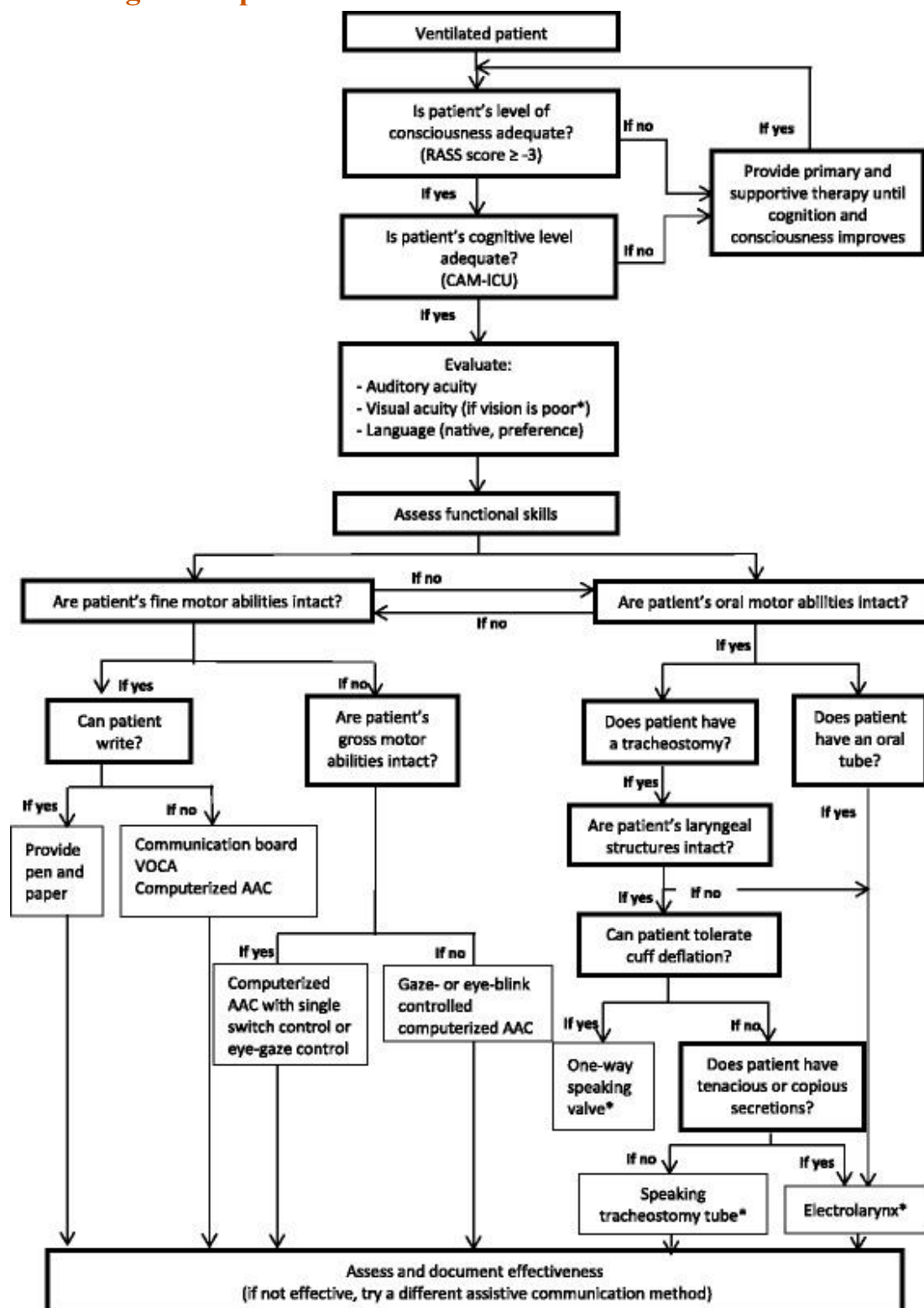
<input type="radio"/> Mouth	<input type="radio"/> Teeth	<input type="radio"/> Face
<input type="radio"/> Nose	<input type="radio"/> Hands	<input type="radio"/> Hair

A	B	C	D	E	F	G	H	I	1	2	3	Thank You 😊	
J	K	L	M	N	O	P	Q	R	4	5	6		I Love You ❤️
S	T	U	V	W	X	Y	Z	.	7	8	9		
									?	0	!		

For infection control purposes, please do not reuse this board between patients.

Fuente: extraído de < Illustration English language picture board front > de Patak et al., *PubMed*. Copyright Children's Hospital Boston 2008.

## Anexo 2: Algoritmo para la Elección de Métodos de CAA.



Fuente: extraído de < Algorithm for selecting alternative communication methods with intubated patients > de Hoorn et al., *PubMed*. Licencia Creative Commons Attribution 4.0.



### Anexo 3: Tabla-Resumen de los Artículos Seleccionados para su Análisis.

	Autor/es	Título	Año	Procedencia	Objetivos	Tipo de estudio	Resultados
1	Achury, D.M., Pinilla, M. y Alvarado, H.	Aspectos que facilitan o interfieren en el proceso comunicativo entre el profesional de enfermería y el paciente en estado crítico	Enero-Abr 2015	Bogotá, Colombia.	Identificar los factores que influyen positiva y negativamente en la relación entre enfermera-paciente en unidades de cuidado crítico.	Investigación cualitativa. Estudio descriptivo .	La mayoría de los profesionales de Enfermería da gran importancia al establecimiento de una comunicación efectiva con el paciente y su familia. No obstante, consideran frustrante establecer la relación cuando se trata de un paciente crítico, por la dificultad de satisfacer sus necesidades, no solo físicas, sino emocionales. Casi la mitad de la muestra había recibido formación pregrado, pero ninguno la obtuvo tras la obtención del título.
2	Batista, J.C., Pereira, E., Lara, D. y de Mesquita, H.	Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar	26 Feb 2014	Belo Horizonte, Brasil.	Conocer el significado, experiencia y dificultades de la comunicación no verbal del equipo en la UCIP, mejorando la calidad asistencial.	Investigación cualitativa.	El trabajo en equipo es fundamental para conocer las necesidades/quejas verbales y no verbales, mejorando así el trato humanitario del paciente. Las estrategias más usadas para comunicarse con los niños se basan en atender a los signos no verbales (postura, llanto...). La humanización en las unidades de críticos comienza con la evitación del tecnicismo. Es necesario considerar a la familia como elemento clave para comunicarse con el niño. Las limitaciones encontradas en el equipo para la comunicación no verbal son: no entrenamiento, ritmo acelerado del turno, impaciencia...

Tabla-resumen de los artículos seleccionados para su análisis.

3	Coronas, M. y Basil, C.	Comunicación aumentativa y alternativa para personas con afasia.	Jul-Sept 2013	Barcelona, España.	Definir las diferentes estrategias de CAA que existen, personificándolas según el tipo de afasia que presente el paciente. Establecer puntos de mejora en el uso de estos dispositivos.	Revisión bibliográfica.	El uso de la CAA se encuentra muy reducido en España, así como estudios llevados a cabo en el territorio nacional. Es necesario investigar aún más en los resultados de aunar la rehabilitación clásica de las personas con afasia, junto al uso de la CAA.
4	Crisp, C., Burke, C. y Cirgin, M.L.	Barriers and facilitators to children's use of speech-generating devices: a descriptive qualitative study of mothers' perspectives.	18 Mar 2014	Indiana, EEUU.	Determinar los factores facilitadores y de barrera en el uso de dispositivos alternativos para el habla en niños.	Investigación cualitativa.	Barreras: complejidad y diseño poco funcional de los dispositivos SGD; falta de Educación para la Salud; falta de concienciación del entorno de los niños; dificultad económica. Facilitadores: mayor manejabilidad y adaptación al dispositivo; buen apoyo de los profesionales; aceptabilidad y comprensión por parte del entorno de los niños.
5	Dithole, K.S., Thupayagale, G., Akpor, O.A. y Moleki, M.M.	Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients.	15 Dic 2017	Botsuana, Sudáfrica	Conocer la experiencia de las enfermeras en el entrenamiento de habilidades comunicativas. Conseguir que los enfermeros ofrezcan un cuidado individualizado, teniendo en cuenta las dificultades de comunicación durante la intubación.	Investigación cualitativa.	El 100% de los participantes acogió la idea como satisfactoria y eficaz. El 90% de los participantes consideran crucial el apoyo de los jefes para llevar a cabo esta práctica y creen que deben impartirse estos cursos a todo el que trabaje en la UCI. Los profesionales enfermeros agradecen que se realicen estos estudios para tener la oportunidad de poner en práctica las estrategias de comunicación. El 85% de los participantes aseguran compartir este conocimiento con otros compañeros y estudiantes de Enfermería.

Continuación anexo 3



Tabla-resumen de los artículos seleccionados para su análisis.

6	González, S., Gueorguieva, R. y Tijerino, P.	Capacitación sobre estrategias de comunicación alternativa y aumentativa para la atención de niños con parálisis cerebral infantil.	30 Ago 2011	San José, Costa Rica.	Desarrollar un programa de entrenamiento a los profesionales de Enfermería, en los sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa, para su uso con niños que padecen de parálisis cerebral.	Investigación cualitativa.	La comunicación aumentativa y alternativa es desconocida por el 90% de los participantes enfermeros. En el mismo porcentaje, el entrenamiento en estos sistemas ha sido nulo. No obstante, en una gran mayoría se involucran para atender las necesidades de los niños con parálisis cerebral. Tras la capacitación llevada a cabo, el conocimiento final de los profesionales se elevó, en relación al uso de la CAA y conceptos relacionados con la parálisis cerebral infantil.
7	Handberg, C. y Voss, A.K.	Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals.	12 Abr 2017	Aarhus, Dinamarca.	Conocer la percepción y aceptación de métodos alternativos de la comunicación, por parte de los profesionales sanitarios que trabajan en unidades de cuidados intensivos.	Investigación cualitativa. Estudio descriptivo con observación participante.	Los profesionales sanitarios consideran imprescindible una comunicación exitosa con los pacientes. No obstante, el uso de estrategias comunicativas no son bien acogidas por diferentes factores limitantes. El paradigma biomédico sigue teniendo prioridad en los cuidados técnicos realizados al paciente crítico, por delante de los aspectos psicosociales, que abarcan entre otros, la relación interpersonal con el paciente.
8	Happ, M.B. et al.	Nurse-Patient Communication Interactions in the ICU.	1 Mar 2012	Pittsburgh, Pensilvania.	Medición de la frecuencia, éxito, calidad, métodos y facilidad de la comunicación entre enfermera-paciente en la intubación.	Investigación cualitativa. Estudio descriptivo observacional no participante.	Se destacan áreas específicas de mejora en la comunicación entre enfermeras y pacientes que no hablan en la unidad de cuidados intensivos, particularmente en la comunicación sobre el dolor y en el uso de estrategias de comunicación de asistencia y materiales de comunicación.

Continuación anexo 3



Tabla-resumen de los artículos seleccionados para su análisis.

9	Happ, M.B. et al.	Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial.	1 Feb 2014	Pittsburgh, Pensilvania.	Estudiar los efectos y consecuencias de la intervención en la facilitación de la comunicación entre enfermera-paciente en las unidades de cuidados intensivos.	Investigación cuasiexperimental. Ensayo clínico.	El entrenamiento en el uso de sistemas de CAA, supuso un aumento en los actos comunicativos, así como de intentos de clarificación; mayor ímpetu por parte de Enfermería, con un aumento de sus habilidades comunicativas; gran éxito en la comunicación del dolor y otros síntomas; y actitudes más positivas en la búsqueda de alternativas a la comunicación oral.
10	Hoorn, S., Elbers, P.W., Girbes, A.R. y Tuinman, P.R.	Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review.	19 Oct 2016	Ámsterdam, Países Bajos.	Evidenciar los métodos de comunicación en pacientes intubados, y crear un algoritmo para la selección del mejor método según el tipo de paciente.	Revisión bibliográfica.	<p>Diferencian 4 tipos de métodos de comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tablas de comunicación: efectivas.</li> <li>- Técnica ACV: con los mismos resultados que el estudio centrado en esta técnica.</li> <li>- Electrolaringe: demostrada efectividad en varios estudios.</li> <li>- AAC de alta tecnología: requiere en el 90% de los casos el acompañamiento de otros métodos.</li> </ul> <p>El conjunto de todos los anteriores, tuvo gran éxito en pacientes que podía usar varios métodos simultáneamente.</p> <p>El algoritmo se genera a partir del realizado por otro autor en 1992, y según de las características del paciente y resultados de este estudio.</p>

Continuación anexo 3

Tabla-resumen de los artículos seleccionados para su análisis.

11	Martinho, C.I. y Rodrigues, I.T.	Communication of mechanically ventilated patients in intensive care Units.	Abr-Jun 2016	Lisboa, Portugal	Verificar el funcionamiento del primer instrumento para valorar la comunicación con pacientes intubados y post-intubados pero conscientes en las UCIs. Analizar las dificultades y relacionarlas con variables sociodemográficas y clínicas.	Investigación cualitativa.	Los resultados se expresan en función de la dificultad en la comunicación encontrada por los pacientes durante la permanencia de la intubación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- No existen diferencias significativas entre las variables: motivo de intubación y nivel de sedación, pero sí con el nº horas intubación.</li> <li>- No hay diferencias a nivel sociodemográfico (género, edad, nivel educativo).</li> <li>- Mayor dificultad a mayor tiempo tras extubación.</li> <li>- Mayor dificultad con profesionales sanitarios que con familiares y amigos.</li> <li>- Mayor dificultad con médicos que con enfermeros.</li> <li>- Mayor dificultad en expresar sobre las necesidades físicas (aspiración de secreciones, cambio postural, etc.)</li> </ul>
12	McGrath, B., Lynch, J., Wilson, M., Nicholson, L. y Wallace, S.	Above cuff vocalisation: A novel technique for Communication in the ventilator-dependent tracheostomy patient	5 Oct 2015	Manchester, RU.	Resultados en la comunicación durante el uso de la técnica ACV en pacientes con traqueostomía.	Investigación cualitativa.	La técnica ACV puede facilitar levemente la comunicación en pacientes con traqueostomías siguiendo unos parámetros de presión y flujo de aire concretos. Se concluye la necesidad de más estudios.
13	Mejía, M.E.	Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico.	Oct 2016	Medellín, Colombia.	Destacar la importancia de una relación y comunicación efectivas entre enfermera-paciente y relacionarlo con modelos teóricos enfermeros.	Revisión bibliográfica.	Independientemente del modelo teórico enfermero, todos entienden la relación enfermera-paciente como la satisfacción de las necesidades biopsicosociales de los pacientes. No obstante, Enfermería se encuentra muy influenciada por el modelo biomédico, ineficaz en las relaciones interpersonales.

Continuación anexo 3

*Tabla-resumen de los artículos seleccionados para su análisis.*

14	Noreña, A.L. y Cibanal, L.	The experience of hospitalized children regarding their Interactions with Nursing professionals.	Nov-Dic 2011	Alicante, España.	Describir experiencias de los niños e identificar cuáles son las conductas enfermeras que pueden influir en ellos.	Investigación cualitativa.	Los niños prefieren que la información sobre su salud se les informe directamente a ellos, incrementando su seguridad. La actitud empática y la forma de relacionarse con los familiares por parte de Enfermería, son los dos factores más influyentes en el bienestar del niño. Recrear una rutina similar a la suya supone recordar con felicidad su hospitalización.
15	Otuzoğlu, M. y Karahan, A.	Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit.	Oct 2014	Ankara, Turquía.	Conocer los efectos en la comunicación con el paciente intubado en UCI, mediante el uso de dispositivos de comunicación ilustrados.	Investigación cuasiexperimental.	Disminuye las dificultades en la interpretación de los mensajes y facilita la expresión de necesidades de los pacientes. Se presenta como necesario el uso de material de comunicación ilustrado como facilitador de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente.
16	Patak, L. et al.	Improving Patient-Provider Communication: A Call to Action.	1 Sept 2010	Boston, Chicago, Amherst Minneapolis y Pittsburgh.	Destacar la importancia de la comunicación con el paciente y el uso de métodos que la faciliten.	Manuscrito	Aunque existen estrategias comunicativas para utilizar con pacientes con limitación del habla, no se hace uso de ellas ni se recibe entrenamiento de las mismas. Enfermería desempeña un papel fundamental en la evaluación de las necesidades de comunicación específicas, aunque se debe realizar una colaboración interdisciplinar. La efectividad en la comunicación aumenta la seguridad clínica de los pacientes.

*Continuación anexo 3*

Tabla-resumen de los artículos seleccionados para su análisis.

17	Ramírez, P. y Müggenburg, C.	Relaciones personales entre la enfermera y el paciente.	22 Ago 2015	México.	Determinar la influencia de una comunicación efectiva entre enfermería y sus pacientes, en la relación de cuidado establecida entre ambos.	Revisión bibliográfica.	La relación interpersonal enfermera-paciente tiene numerosos beneficios terapéuticos en la estancia hospitalaria del paciente, tomando su mayor importancia en unidades críticas y etapas al final de la vida. La formación en el desarrollo de habilidades comunicativas en Enfermería es escasa.
18	Rojas, N.P, Bustamante, C.R. y Dois, A.	Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico.	1 Jun 2014	Colombia.	Describir la metodología en la comunicación con pacientes intubados por parte de Enfermería y de los profesionales, en relación directa con estos.	Investigación cualitativa.	A pesar de los múltiples beneficios de la comunicación con los pacientes, existen aún barreras que la limitan en gran medida, entre ellas la falta de habilidad de los profesionales. Existen múltiples momentos a lo largo de la jornada laboral que suscitan la comunicación. El uso de estrategias comunicativas debe avanzar aún más para observar resultados.
19	Tembo, A.C., Higgins, I. y Parker, V.	The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological Study.	Jun 2015	Newcastle, Australia.	Describir la percepción de los pacientes durante su estancia en unidades de cuidados intensivos, en relación a las dificultades encontradas para comunicarse.	Investigación cualitativa.	Las emociones más repetidas en los pacientes durante su estancia hospitalaria en la UCI, se basan en el resentimiento, enojo, frustración... a causa de la incapacidad para comunicarse. La propia estancia en la unidad y las dificultades de comunicación que en muchas ocasiones se generan, suponen efectos negativos hasta 11 meses después del alta. Los sinónimos que utilizan para expresar lo que sentían, radican en convertirse prisioneros, en el limbo y sin voz dentro de su propio cuerpo.
20	Wallander, M.M., Gabrielsen, A.K., Falch, A.L. y Stubberud, D.G.	Intensive care nursing students' perceptions of simulation for learning confirming communication skills: A descriptive qualitative study.	1 Oct 2017	Oslo, Noruega.	Conocer la efectividad de cursos de simulación, para desarrollar habilidades comunicativas en estudiantes de Enfermería.	Investigación cualitativa.	Aunque la simulación pueda ser un entorno hostil en un principio, los estudiantes se adaptaron al mismo, obteniendo beneficios en su entrenamiento de habilidades comunicativas. Tras el curso, la conciencia y la insistencia en la interpretación de los mensajes transmitidos por los pacientes, fueron mayores. Aplicaron lo aprendido a la práctica clínica.

*Fin anexo 3*